

301

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 mai 1895, à 1 heure

Par ÉMILE DAUMY

Né à Buxières, le 8 août 1866.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DES

TUMEURS PÉRI-URÉTHRALES

CHEZ LA FEMME

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

LEJARS, }
NETTER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1895

301

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 mai 1895, à 1 heure

Par ÉMILE DAUMY

Né à Buxières, le 8 août 1866.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DES TUMEURS PÉRI-URÉTHRALES CHEZ LA FEMME

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

LEJARS, }
NETTER, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEE (G.).
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

L'histoire des polypes de l'urèthre chez la femme est aujourd'hui à peu près faite grâce aux travaux de Velpeau, Verneuil, Trélat, Guérin ; il n'en est pas de même de certaines tumeurs, qui naissent autour de l'urèthre, soit dans sa paroi, soit dans le tissu cellulaire qui l'entoure et connues sous le nom de tumeurs péri-uréthrales.

Ces tumeurs sont fort rares ou même exceptionnelles au dire des auteurs ; aussi n'est-on pas étonné du silence fait par les classiques autour de cette question ; nous devons cependant mentionner l'étude récente qu'en a faite M. Lejars dans ses *Leçons de Chirurgie de la Pitié* (1893-94).

Cette rareté des néoplasies péri-uréthrales n'est cependant pas si absolue qu'on semble le croire ; les recherches bibliographiques que nous avons faites nous ont permis d'en découvrir un certain nombre d'observations qui nous ont paru suffisantes pour en donner une description. C'est pourquoi, aidé des conseils de notre maître le Dr Lejars, nous avons pris ce sujet pour notre thèse inaugurale. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un travail original ; notre seul but est d'attirer l'attention sur ces tumeurs très peu connues et cependant intéressantes, qui pourront peut-être plus tard prendre droit de domicile dans les traités classiques.

Arrivé au terme de nos études, nous tenons à remercier les maîtres qui ont bien voulu et nous accepter comme élève et nous aider de leurs conseils.

Que M. le Dr Lejars, qui nous a donné l'idée de ce travail et à l'obligeance duquel nous devons une intéressante observation avec coupe histologique, veuille bien agréer le témoignage de notre vive reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le professeur

agrégé Peyrot ; l'année que nous avons passée dans son service sera pour nous d'un précieux souvenir et nous tenons à exprimer à notre cher maître les sentiments de bien sincère reconnaissance pour son enseignement et les preuves nombreuses de sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous remercions également M. le professeur agrégé Duguet dont les savantes leçons nous ont été si profitables.

Que M. le Dr Moizard, chez lequel nous avons passé notre troisième année d'externat, veuille bien recevoir nos sincères remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et les excellents enseignements qu'il nous donnait chaque jour sur la médecine infantile.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Dr Bazy auquel nous présentons l'hommage de notre profonde gratitude pour la sympathie qu'il nous a toujours montrée.

Que M. le Dr Marchand, dans le service duquel nous avons passé une bonne partie de notre année d'internat provisoire, et qui a bien voulu nous permettre de prendre une observation de cancer de l'urèthre chez une femme actuellement dans son service, veuille bien agréer l'expression de notre sincère reconnaissance.

Enfin nous tenons à remercier ici notre ami M. Mermet, interne des hôpitaux, qui a bien voulu se charger du dessin de la coupe histologique qui figure dans ce travail.

M. le professeur Pinard a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les tumeurs péri-uréthrales étant fort rares, leur histoire doit naturellement être très pauvre. Malgré cela, nous ne ferons pas un historique d'ensemble sur ces tumeurs ; nous préférons, pour qu'il y ait plus de clarté dans notre exposé, établir tout d'abord une classification de ces néoplasies péri-uréthrales et, les prenant les unes après les autres, montrer la marche successive des observations publiées jusqu'aujourd'hui.

Les tumeurs qui peuvent se développer autour du canal de l'urèthre chez la femme sont de deux ordres : des tumeurs solides et des tumeurs liquides (le mot tumeur étant pris ici dans le sens clinique du mot). — Or aux tumeurs solides appartiennent le *fibrome*, le *fibro-myome*, le *sarcome* et le *cancer*.

La seconde classe au contraire ne comprend qu'une variété, les *kystes*.

D'après nos recherches bibliographiques, c'est en 1868 que le premier cas de fibrome péri-urétral a été signalé et décrit par Rey. Sept ans plus tard en 1875, Rizzoli relatait une intéressante observation de fibro-myome avec examen histologique. En 1889 un troisième cas des plus intéressants est signalé et publié par Tillaux dans les *Annales de gynécologie*. Enfin en 1892 Buttner publie un fait de fibro-myome ou plutôt de myome pur analogue, comme le dit l'auteur, aux myomes typiques de l'utérus. Ajoutons à ces quatre premiers cas celui observé par M. Lejars qu'il a décrit dans ses *Leçons cliniques* et dont nous rapportons l'observation détaillée avec dessin du néoplasme et coupe histologique.

L'histoire des sarcomes est tout aussi pauvre en documents ; le premier fait a été publié en 1862 par Honing ; c'était un fibrome mou ; Beigel en 1875 en relate un cas dans son livre. En 1889

deux nouveaux cas sont observés, l'un par Johnston et publié dans *Maryland medical Journal*, l'autre par Thiem dont l'observation a été reproduite dans *Annual of the universel medical sciences*. Citons comme dernier fait connu celui d'Ehrendorfer publié et décrit en détail dans *Centralblatt für Gynækologie* (1892) et dont nous reproduisons l'observation.

L'historique du cancer de l'urèthre a été fait d'une façon complète dans la thèse de Soullier ; si nous nous y reportons, nous voyons que c'est vers le milieu de ce siècle en 1844 que le premier fait de cancer primitif de l'urèthre a été publié par Riberi. Beaucoup plus tard en 1869 Melchiori en réunissait quatre cas personnels ; puis viennent en 1876 les observations de Bardenheuer et de Thomas. Enfin en 1885 de nouveaux faits sont décrits par Winckel.

En France les publications sont beaucoup plus rares ; Jarjavay en mentionne un cas dans son *Anatomie chirurgicale* (1852), puis en 1880 deux nouvelles observations sont publiées, l'une dans la thèse de Lahaye et l'autre dans la *Clinique chirurgicale* de Péan.

Depuis quelques années de nouvelles publications ont été faites sur ce sujet ; citons la thèse de Soullier (1889), celle de Ueberschuss (1891) et une observation de Reichel (1891).

A tous ces faits connus nous sommes heureux d'y joindre une observation inédite prise dans le service de M. Marchand.

Quant aux kystes péri-uréthraux, ils n'ont été eux aussi que peu étudiés ; Huguier a décrit des kystes folliculaires sessiles qui se développent dans le voisinage de l'urèthre.

West en a publié également un cas. Rizzoli en a aussi observé un exemple ; citons les cas publiés par Lemoine, Delore, Nicaise et Troquart. Mais la meilleure étude qui ait été faite sur ce sujet est due à Englisch qui en publia des observations en 1881 et à de Bary (1886).

CHAPITRE II

Etiologie.

Les tumeurs péri-uréthrales sont, comme nous l'avons déjà dit, très rares au moins en tant que tumeurs primitives. Si on les compare entre elles au point de vue de leur fréquence, nous voyons que les tumeurs malignes, sarcome et cancer, sont un peu plus souvent observées que les tumeurs bénignes, fibromes, fibro-myomes, kystes. C'est au moins le résultat de la statistique des observations publiées.

Quant à leur cause, aussi bien pour l'urèthre que pour un autre organe, elles nous échappent. Nous dirons seulement que l'âge semble avoir une certaine influence sur leur développement. D'après les observations que nous publions, il semble ressortir que les tumeurs bénignes ont leur maximum de fréquence de 30 à 40 ans ; les malades étaient en effet âgés de 29, 36, 40 ans.

Au contraire les néoplasies malignes, sarcome, cancer sont l'apanage de la vieillesse. Elles s'observent surtout après la ménopause, 45 à 60 ans. Mais ces limites d'âge sont souvent franchies ; c'est ainsi que les malades de Melchiori, Richet, Péan, avaient passé la soixantaine, tandis que celles de Winckel, Bardenheuer et Honing n'avaient pas atteint la quarantaine.

Les kystes s'observent surtout chez le fœtus et le nouveau-né. Pourtant beaucoup d'observations ont été publiées concernant des femmes ayant atteint l'âge mûr. La malade de Englisch avait 35 ans, celle de de Bary 23 ; dans le fait relaté par Trocart elle avait 51 ans, enfin dans les deux observations de Nicaise publiées dans la thèse de Garnier Mouton, il s'agit de personnes âgées de 28 et 41 ans.

A part la question d'âge nous ne relevons rien dans nos obser-

vations qui puisse avoir une influence importante dans le développement de ces tumeurs.

Doit-on incriminer les grossesses répétées ? Sans vouloir rejeter absolument cette influence, nous ne croyons pas qu'il faille lui attribuer une grande importance. Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas d'ailleurs d'avoir une opinion ferme sur ce sujet. Si, dans les faits que nous relatons, nous avons affaire souvent à des multipares, par contre nous avons à opposer les cas publiés par Honing et par Péan, l'un relatif à un volumineux fibrome mou, l'autre à un épithélioma, où les malades étaient des nullipares.

Quant aux excès de coït, à la masturbation, la leucorrhée, le prurit vulvaire, les calculs et les polypes uréthraux, les tumeurs de l'utérus et le prolapsus de cet organe, il ne semble pas qu'il faille en tenir compte dans l'étiologie. Toutefois, ainsi que le dit Soullier dans sa thèse, à propos du cancer de l'urèthre, « toute cause d'irritation de ce canal, qu'elle soit d'ordre pathologique ou mécanique, peut être le point de départ du cancer du méat, en créant en cet endroit un *locus minoris resistentiæ* ».

Enfin ajoutons à propos toujours de l'épithélioma, que Hutchinson accorde une certaine influence aux ulcérations syphilitiques et Debove au psoriasis vulvaire.

Nous ne dirons rien sur l'hérédité, toutes nos observations sont muettes à cet égard.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les tumeurs dont nous nous occupons étant essentiellement différentes les unes des autres au point de vue de la structure, nous décrirons à part, le fibrome, le fibro-myome, le sarcome, le cancer et enfin le kyste.

Fibrome. — Les fibromes de l'urèthre sont excessivement rares ; la seule observation que nous ayons pu découvrir appartient à Rey (Voir observation I) et encore les détails sont-ils peu explicites. Aussi serons-nous très bref sur cette variété de tumeur.

Nous nous contenterons de reproduire ici les détails donnés dans l'observation :

La tumeur assez régulièrement arrondie, ne présentant ni nodosités ni lobules, a le volume et la forme d'une pomme de terre de moyen volume. Nullement pédiculée, elle se confondait par sa base avec la paroi supérieure du canal de l'urèthre, de sorte qu'après son excision une brèche notable reste béante. Elle est recouverte par une enveloppe cutanée ou muqueuse d'un rouge sale parcourue par quelques vaisseaux sanguins peu nombreux.

En avant cette membrane d'enveloppe est détruite, et la tumeur se montre offrant une coloration d'un jaune sale, et un aspect déchiqueté sans qu'on puisse dire qu'il y a véritablement ulcération. En incisant la tumeur, on reconnaît qu'elle est de consistance ferme, sans cependant crier sous le scalpel ; la coupe en est uniforme sans traces de tubercules ni lobules ; il ne s'en échappe aucun suc même par la pression.

L'étude de la structure intime faite au microscope démontre que la membrane enveloppante présente :

1° Une couche épithéliale formée par de nombreux strats de cellules pavimenteuses ;

2° Un corps muqueux peu coloré ;

3° Une couche papillaire peu développée et peu vasculaire ;

4° Un derme semblable à celui de la peau.

Quant à la tumeur proprement dite, elle est constituée par de nombreuses couches de fibres piriformes étroites sans noyaux mais légèrement granuleuses.

Ces couches de fibres n'affectent aucune disposition régulière, elles sont parfois séparées par une substance amorphe ou granuleuse et présentent par places quelques noyaux et quelques *cellules de formation* (Virchow). Aucune trace de vaisseaux sanguins. La portion grisâtre et dénudée de la tumeur est au contraire presque exclusivement formée de noyaux et de cellules de formation, à peine y aperçoit-on çà et là quelques fibres piriformes ; elle présente quelques capillaires sanguins à une seule paroi. Il n'y a point à hésiter sur la nature de cette tumeur, c'est un fibroïde ou fibrome développé dans la paroi supérieure de l'urèthre et enveloppé par la muqueuse cutinée du vestibule et des petites lèvres.

Fibro-myome. — *Siège.* — Les fibro-myomes peuvent se développer en deux endroits différents, soit au-dessus soit au-dessous de l'urèthre. Ces derniers sont beaucoup plus fréquents puisque, sur les quatre observations que nous rapportons, trois fois ils occupaient la cloison uréthro-vaginale, une fois seulement la région sus-urétrale.

Volume. — Le volume est variable mais relativement peu considérable ; le plus gros des fibro-myomes observés ne dépassait pas le volume d'un œuf de dinde.

Forme. — La forme est également variable ; cylindrique ou hémisphérique la tumeur est rattachée à l'urèthre par une base d'implantation plus ou moins large. Quelquefois elle est munie d'un pédicule assez gros qui se fixe sur la paroi postérieure de l'urèthre, ordinairement près du méat.

Consistance. — Sa consistance est ferme, uniforme sur tous les points de sa surface. Cependant on note un certain degré d'élasti-

cité, comme dans les tumeurs analogues de l'utérus. Lorsqu'on coupe un fibro-myome, on le trouve formé d'un tissu gris-rougeâtre, criant sous le scalpel et ne donnant aucun suc même par la pression.

Ces tumeurs sont entourées d'une capsule de tissu conjonctif, ce qui permet généralement leur facile énucléation.

En se développant, elles compriment et déforment les organes avec lesquels elles sont en contact ; c'est surtout l'urèthre qui a à



Fig. 1. — Coupe passant par la périphérie de la tumeur. (Gross. 80 diam.)

souffrir de cette compression ; rejeté à droite ou à gauche de la tumeur ou encore au-dessus, l'orifice du méat n'est plus représenté que par une petite fissure à bords juxtaposés. Dans le reste de son trajet le canal uréthral est aussi modifié dans sa forme ; ses parois sont accolées et cependant il est toujours possible de pratiquer le cathétérisme.

Examen microscopique. — Nous ne pouvons mieux faire pour donner une bonne idée de la structure de ces tumeurs, que d'expliquer en détails les coupes du fibro-myome observé par M. Lélars et que nous avons faites représenter en dessin.

Les coupes colorées à l'hématoxyline-éosine et montées dans le

baume du Canada, nous ont permis de constater que la tumeur est un fibro-myome type.

A un faible grossissement, 80 diamètres. — Sur les coupes ayant porté à la périphérie de la tumeur, on aperçoit, en partant de la surface, les couches suivantes :

1° Une couche d'environ 120 à 150 μ d'épaisseur, formée d'une trame serrée de fibres conjonctives, séparées par de rares cellules connectives à direction générale parallèle à celle de la coupe, pourvue de tissus veineux très développés, revêtus simplement comme paroi d'un endothélium qui tapisse les fibres conjonctives, et bourrées de globules rouges. Cette couche est assez riche en fibres élastiques, d'où l'aspect plissé et gaufré que présente la surface de la coupe.

2° Immédiatement au-dessous de la couche précédente on trouve une couche fibro-musculaire formée de faisceaux de tissu conjonctif assez grêles enlacés avec des faisceaux de fibres lisses beaucoup plus volumineux de 70 à 75 μ d'épaisseur, anastomosés les uns les autres et formant à la périphérie de la tumeur un réseau dont les mailles sont parallèles à la surface de la coupe. Dans cette couche circulent quelques rares artérioles ; mais comme dans la couche précédente, les tissus veineux sont très abondants et bourrés de globules ; ils cheminent dans l'épaisseur des travées de fibres lisses et comme elles, leur direction est parallèle et concentrique à la tumeur.

Vers la partie profonde de cette couche les fibres conjonctives deviennent plus abondantes et forment là comme une zone intermédiaire entre la couche des fibres lisses que nous venons de décrire et celle qu'il nous reste à étudier.

3° Cette dernière couche qui comprend toute cette partie de la tumeur située en dedans des couches précédentes est formée de fibres lisses avec une faible quantité de tissu conjonctif. Les fibres lisses suivent une disposition très irrégulière ; dans la zone la plus superficielle elles forment un feutrage inextricable, tantôt s'anastomosant en réseau, tantôt s'enroulant autour de petits centres, mais très irrégulièrement. Dans les zones plus centrale

ces fibres lisses se groupent en lobules dont on aperçoit sur les coupes les sections transversales ; ces lobules sont assez mal délimités et séparés par des fibres musculaires à direction diamétralement perpendiculaire. Les fibres conjonctives sont rares au milieu de ce tissu musculaire ; à peine si on voit dans les travées quelques fibres conjonctives à structure assez imparfaite. Les vaisseaux sont non moins rares dans l'épaisseur de la tumeur ; autant ils étaient nombreux dans la couche conjonctive et musculaire formant capsule d'enveloppe à la tumeur, autant ils sont rares dans les couches profondes, au sein du parenchyme même. On ne retrouve plus ici que quelques artérioles accompagnées par des veines peu volumineuses ; il n'existe point ici des sinus veineux, analogues à ceux de la périphérie, sinus veineux comparables de tout point et par leur situation et par leur distribution aux larges sinus veineux des fibro-myomes utérins.

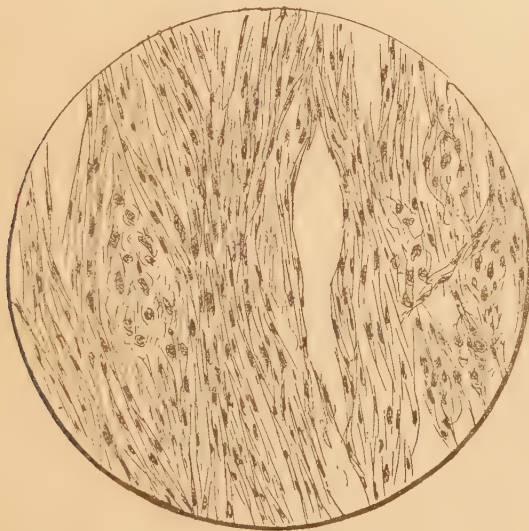


Fig. 2. — Coupe centrale de la tumeur. (Gross. 300 diam.)

A un fort grossissement, 300 diamètres. — On peut apprécier les détails histologiques des coupes précédentes :

1° La zone périphérique conjonctive est assez pauvre en cellules

connectives ; les faisceaux conjonctifs tous disposés parallèlement à la surface sont d'autant plus serrés qu'on examine un point plus superficiel de la coupe.

2° Dans l'enveloppe myomateuse sous-jacente à la capsule fibreuse externe et continue sans transition avec elle, les fibres lisses sont encore distribuées ici concentriquement à la tumeur. Les sinus veineux sont directement creusés au milieu des fibres lisses qui servent d'enveloppe et de soutien à l'endothélium vasculaire.

3° Enfin dans la masse centrale les fibres lisses offrent ici la disposition et la structure qu'elles affectent dans les myomes en général. Nous n'y avons retrouvé aucune particularité histologique digne d'être signalée.

En somme nous avons affaire à un fibro-myome en tout semblable aux fibro-myomes utérins, fibro-myome pauvre en tissu conjonctif, riche en fibres musculaires lisses, privé de fibres musculaires striées. Un caractère qui le rapproche encore des tumeurs précédentes, c'est l'abondance des vaisseaux dans les couches superficielles, fait qui nous expliquerait facilement les hémorrhagies qu'on a signalées dans quelques observations de tumeurs de même nature ; quoiqu'il en soit cette vascularisation des fibro-myomes uréthraux est assez active, mais en raison du faible développement de ces tumeurs, les hémorrhagies qu'on pourrait observer ne sauraient être comparables au point de vue du pronostic et au point de vue de l'intervention aux hémorrhagies redoutables des myomes utérins.

Sarcome. — Le sarcome de l'urèthre, si on en juge par les rares observations publiées, prend naissance autour de l'orifice extérieur de l'urèthre.

Il se présente parfois avec des dimensions très restreintes, mais il peut acquérir un développement énorme (observation de Honing) au point de combler complètement la cavité vaginale et faire hernie hors de la vulve.

Sa forme est assez irrégulière et si nous consultons les observations de Honing, Reigel et Ehreudorfer, nous voyons que la tu-

meur était composée de plusieurs lobes plus ou moins volumineux.

La surface de ces lobes, parfois unie et homogène, est couverte aussi quelquefois par des excroissances arrondies en forme de champignon.

Sa consistance est peu ferme et la tumeur donne au doigt la sensation d'élasticité, quelquefois de rénitence ; cet état dépend de la plus ou moins grande abondance de tissu conjonctif contenu dans la masse.

Comme le fibrome et plus encore que le fibrome, le sarcome comprime les organes environnants et en gêne le fonctionnement ; l'urèthre peut être tellement déformé et comprimé que la miction devient impossible (observation de Honing).

Examen histologique. — Les examens histologiques des sarcomes de l'urèthre que nous avons pu consulter, nous ont montré que le sarcome à cellules rondes est le plus fréquent. Cette variété présente à la coupe une surface lisse et rougeâtre et ne donne que peu de suc par le râclage.

La coupe de la tumeur observée par Ehrendorfer, vue sous le champ du microscope « présentait les plus grandes analogies avec les glandes lymphatiques. Dans les bourgeons néoplasiques les plus jeunes on trouvait de nombreuses petites cellules rondes pauvres en protoplasma ; le corps de ces cellules était très pâle, le noyau au contraire fortement coloré et granuleux. Entre les cellules s'interposait un fin reticulum de fibres conjonctives. Les vaisseaux fort nombreux à parois très minces, ne présentaient pas trace de prolifération ; de grosses veines gonflées apparaissaient dans la coupe. A la surface du bourrelet cancéreux on distinguait un épithélium pavimenteux stratifié, qui manquait à certains endroits isolés et était remplacé par des cellules granuleuses.

Les gros bourrelets sarcomateux ne différaient pas au centre du tissu précédent, mais plus près de la périphérie existait un stroma conjonctif à larges mailles, pauvre en cellules rondes et où par endroits, se distinguaient de nombreuses granulations pigmentaires d'un jaune brillant, dispersées entre les cellules.

L'enveloppe externe était formée de papilles pour la plupart très pauvres en cellules et constituées par des fibres compactes et brillantes formant des mailles emplies de liquide colloïde. Dans d'autres papilles, à côté des fibres conjonctives très brillantes se remarquaient nettement des faisceaux de fibres musculaires lisses.»

Cancer. — Le cancer débute toujours par le méat, le plus souvent sur le bord inférieur ; dans sa marche envahissante, il peut dans certains cas suivre la paroi inférieure du canal, tout en respectant sa paroi supérieure ; mais il est beaucoup plus fréquent de le voir contourner l'urèthre jusqu'à lui former un véritable manchon.

Rarement le néoplasme prend de grandes proportions ; le volume ne dépasse guère celui d'une noix.

Il se présente soit sous la forme d'une masse bourgeonnante, soit au contraire sous celle d'une infiltration régulière.

Quand à la variété du cancer qui s'observe le plus souvent, ce serait, d'après Soullier, la forme épithéliale pavimenteuse ou cylindrique.

Kyste. — Les kystes de l'urèthre se développent en deux endroits différents, soit au niveau du méat, soit sur un point quelconque du trajet du canal.

Habituellement très petits, du volume d'une noisette, ils atteignent d'autres fois le volume d'une noix et plus et peuvent par le siège qu'ils occupent constituer un obstacle à l'accouchement. Un exemple de ce genre a été rapporté par Churchill dans son *Traité des maladies des femmes*.

La tumeur kystique est généralement hémisphérique à base d'implantation large ; d'autres fois elle est munie d'un court pédicule qui la rattache à la paroi uréthrale ; enfin elle peut être cylindrique appliquée dans toute sa longueur à l'urèthre et faisant relief dans le vagin.

Structure. — On doit considérer au kyste, une paroi et son contenu. La paroi est très mince, ordinairement uniforme sur tous les points ; elle est bien régulière sur ses deux surfaces.

Le contenu est variable ; les observations de de Bary, par exem-

ple, nous montrent dans un premier cas un liquide visqueux incolore ; dans le second un liquide franchement purulent.

L'*examen au microscope* de l'enveloppe du kyste a montré dans un cas à de Bary qu'elle était constituée par une paroi propre tapissée par un épithélium pavimenteux de transition à plusieurs assises. La couche la plus profonde de l'épithélium était formée des cellules rondes et polygonales ; au-dessus d'elles, se disposaient plusieurs couches de cellules en massue ou fusiformes, enfin la dernière assise, limitant la cavité du kyste, était formée par des cellules en massue tandis que, dans la partie correspondant à son attache à l'urèthre, les cellules étaient toutes pavimenteuses. L'auteur en arrive après quelques considérations à voir dans cette disposition de la couche épithéliale l'origine uréthrale du kyste.

Dans un autre cas observé sur une petite fille, de Bary faisant l'examen histologique de la paroi, trouva qu'elle était constituée par une membrane conjonctive à plusieurs couches dans laquelle on découvrait des fibres musculaires. Cette paroi était tapissée d'un épithélium stratifié.

Tous les auteurs s'accordent à placer l'origine du kyste dans l'urèthre. Il se développe par dilatation des glandes contenues dans la paroi uréthrale.

Ces kystes sont des kystes par rétention.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Nous suivrons dans l'étude de la symptomatologie des tumeurs périurétrales, le même ordre que dans les chapitres précédents. Les tumeurs bénignes ont en effet des symptômes bien différents de ceux qui accompagnent les tumeurs malignes, et si les kystes ont quelque ressemblance au point de vue des désordres fonctionnels avec les fibromes ou fibro-myomes, ils ont des caractères physiques qui les en distinguent nettement.

Fibromes et fibro-myomes. — SYMPTOMES FONCTIONNELS. — *Début.* — Le début est très insidieux et la tumeur a déjà acquis un certain volume lorsque la malade s'en aperçoit. D'ailleurs la néoplasie en se développant ne tarde pas à gêner en le comprimant, le canal de l'urèthre et à produire des troubles qui forcément attirent l'attention.

Toutefois les phénomènes fonctionnels sont rarement très importants ; le premier symptôme observé, c'est une difficulté de la miction, plus ou moins grande suivant les cas, mais existant toujours. La malade de Buttner ne pouvait émettre son urine que goutte à goutte et cependant les besoins d'uriner étaient fréquents.

La rétention complète n'a pourtant pas été notée dans les fibromes ; il est probable toutefois que s'ils prenaient un grand développement, la compression exercée sur l'urèthre à laquelle s'ajoute l'élément spasmodique, déterminerait fréquemment cette complication.

Il doit en être ici comme pour les sarcomes où la rétention passagère ou durable n'est pas rare ; tel le cas de Honing dont nous rapportons l'observation complète.

Un autre symptôme qui est cité dans toutes les observations,

c'est le besoin fréquent d'uriner, accompagné le plus souvent de dysurie, de tenesme vésical et anal comme dans la cystite la mieux confirmée. Très fréquemment aussi on note des douleurs consistant soit en une sensation locale de brûlure plus ou moins vive au moment de la miction, soit en des douleurs irradiées du côté des lombes, l'hypogastre et le périnée. Quant aux douleurs spontanées elles sont rares, et nous ne voyons noté dans toutes les observations qu'une simple gêne ou une sensation de plénitude et de tension du côté des organes génitaux. Ajoutons à cela la gêne plus ou moins grande pendant la marche, la difficulté ou l'impossibilité du coït à cause des douleurs qu'il occasionne et un écoulement vaginal quelquefois très abondant et d'odeur infecte comme dans le cancer (Observation de Rey). L'hémorrhagie, signe habituel du cancer péri-urétral, ne s'observe dans les fibromes de l'urèthre que lorsque le néoplasme s'est ulcéré.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — En somme les désordres fonctionnels que nous venons de décrire n'ont rien de caractéristique et par conséquent ne doivent avoir pour le diagnostic qu'une importance secondaire. L'examen physique, partout nécessaire en chirurgie, est ici indispensable. C'est lui en effet qui nous donnera la clef du diagnostic et nous permettra de rapporter à sa véritable cause, les troubles variés et différents que nous avons mentionnés.

La femme étant placée dans la position ordinaire pour l'application du spéculum, on peut, lorsque la tumeur a acquis un certain volume, la voir faisant hernie hors de la vulve. Dans d'autres cas, le néoplasme est petit et se trouve caché à l'entrée du vagin par les grandes lèvres qu'il faut écarter avec soin pour l'apercevoir. Dès lors on peut avoir des renseignements sur la forme de la tumeur, ses connexions avec la paroi vaginale antérieure, son volume et son aspect macroscopique. Ces renseignements sont complétés par le toucher vaginal fait avec soin avec un doigt qui suit la paroi antérieure du vagin, aidé du cathétérisme, moyens d'investigation indispensables pour s'assurer si la tumeur dépend bien de l'urèthre.

L'examen fait de la sorte nous permet de constater une tumeur

de la grosseur d'une noix à un gros œuf, occupant le vestibule, faisant, suivant son volume, une saillie plus ou moins considérable dans le vagin. Elle est quelquefois pédiculée mais généralement sessile, à base d'implantation large, appliquée contre la paroi inférieure de l'urèthre plus ou moins près du méat ; sa forme est hémisphérique ou globuleuse, sa consistance ferme tout en donnant au doigt une sensation particulière d'élasticité. Ses limites sont en général bien définies, sa surface lisse sans lobulation recouverte par une enveloppe muqueuse d'une coloration plus foncée que la muqueuse vaginale environnante. Tantôt cette enveloppe est intacte, tantôt au contraire on y trouve des ulcérations plus ou moins étendues, toujours superficielles, à bords souples produites soit par l'irritation causée par l'écoulement vaginal, soit par le frottement. Lorsque le doigt introduit dans le vagin suit la paroi postérieure de l'urèthre et rencontre la tumeur, il ne détermine là, par la pression, ordinairement pas de douleur : en avant et en arrière du point d'implantation, l'urèthre est souple et sans induration. Le canal de l'urèthre est toujours plus ou moins déformé et l'orifice du méat plus ou moins caché par la néoplasie ; toutefois il est dans tous les cas perméable et avec un peu de précaution et de patience, il est toujours possible de le cathétériser. La sonde une fois introduite, il est facile par le toucher vaginal et surtout par des tractions légères exercées du haut en bas sur la tumeur, de s'assurer si celle-ci dépend bien de la paroi uréthrale.

Ces tumeurs bénignes ne s'accompagnent jamais d'engorgement ganglionnaire ; toutefois si la tumeur s'ulcère, la plaie ainsi produite devient le point de départ d'une infection à distance qui se traduit, sous forme d'une adénite inflammatoire, bien différente de l'adénopathie symptomatique.

Le développement de ces tumeurs ne paraît pas retentir beaucoup sur l'état général des malades ; cependant il va de soi que les troubles persistants de la miction, rétention, envies fréquentes d'uriner, et les douleurs quelquefois très vives qui l'accompagnent, doivent altérer à la longue la santé et diminuer la résistance de

la patiente. On comprend facilement aussi que si on laissait évoluer le néoplasme, il pourrait prendre un développement considérable et causer des troubles locaux du côté du rectum ou du côté de la vessie, troubles qui auraient une fâcheuse répercussion sur l'état général.

Sarcomes et Épithéliomas. — Bien qu'il y ait dans l'évolution et le pronostic une différence considérable entre ces deux sortes de tumeurs, nous les réunirons ensemble pour ne pas faire trop de divisions, nous réservant d'indiquer les caractères qui les séparent.

Ce que nous avons dit des tumeurs fibreuses de l'urèthre au point de vue des symptômes fonctionnels, se rapportent aussi aux tumeurs épithéliales et sarcomateuses, mais à des degrés plus accusés. Les troubles sont en effet beaucoup plus prononcés et attirent plus rapidement l'attention des malades. Cependant, au dire de Melchiori, certaines malades ne sont averties de la présence de la tumeur que lorsque celle-ci est d'un volume considérable, ulcérée et saignante. Nous devons insister surtout sur l'écoulement vaginal les hémorrhagies et les douleurs.

L'écoulement vaginal est quelquefois le symptôme le premier en date ; tantôt c'est une sérosité roussâtre sans odeur, tantôt au contraire c'est un liquide louche jaunâtre et d'odeur infecte. Les hémorrhagies sont beaucoup plus importantes ; elles sont fréquentes, tenaces, rebelles à tous les traitements et sont occasionnées le plus souvent par une cause insignifiante ; le moindre effort ou le toucher vaginal le plus prudent peut avoir pour conséquence une grave hémorrhagie. C'est ainsi que chez le malade du service de M. Marchand, l'action d'aller à la selle suffisait pour provoquer un abondant écoulement de sang. La quantité de sang perdue varie beaucoup, quelquefois c'est un simple écoulement séro-sanguin, parfois une véritable hémorrhagie mais peu abondante, d'autres fois au contraire l'hémorrhagie est si abondante qu'elle devient inquiétante.

Les douleurs existent dans presque tous les cas mais à des degrés très divers. La douleur spontanée peut être si légère que la

malade ne s'en plaint même pas, c'est ce que nous avons remarqué d'intéressant dans notre observation personnelle ; la femme dont il s'agit, à part une légère cuisson au moment de la miction et quelques picotements du côté du méat d'ailleurs fort passagers, ne s'est jamais plaint d'autre chose que des hémorrhagies. Cependant dans la plupart des observations que nous reproduisons, les douleurs sont notées tantôt sous forme de brûlure violente autour de l'urèthre, tantôt de douleurs lancinantes qui s'irradient jusque dans les lombes, l'hypogastre et le périnée.

La marche ou la station debout un peu prolongée, augmente son intensité ou même la fait apparaître si elle n'existe pas déjà. La tumeur est presque toujours sensible à la pression alors même que les douleurs spontanées feraient défaut. Le coït et la miction sont aussi à noter comme causes provoquant constamment des douleurs très intenses. Ajoutons un prurit vulvaire, une sensation de remplissage et de pesanteur des organes génitaux, quelquefois de la difficulté de l'accomplissement de la miction, de l'ischurie ou de la fausse incontinence d'urine.

Soullier attribue une certaine importance à ces derniers phénomènes fonctionnels ; d'après lui ce sont eux qui ouvrent d'ordinaire la scène et attirent l'attention de la malade de ce côté.

A l'examen local, on trouve, s'il s'agit d'un épithélioma de l'urèthre, une tumeur bosselée, irrégulière, noueuse, à limites peu précises ; dans certains cas c'est une véritable masse champignon-neuse qui obstrue en grande partie l'orifice vaginal et fait saillie hors de la vulve. A une période un peu éloignée de son début, elle présente constamment des ulcérations, possédant ici comme partout les caractères de l'ulcération néoplasique : un fond sanieux et des bords durs, épais et déchiquetés. Quant à ses connexions avec l'urèthre elles dépendent de l'âge même de la maladie : au début la néoplasie peut se limiter à un point du méat sous forme d'un petit bouton ou tubercule ; plus tard le néoplasme contour-nant peu à peu l'urèthre finit par l'entourer complètement, formant ainsi autour du canal un anneau cancéreux. Quelquefois cependant le cancer se limite à la paroi inférieure du canal et l'en-

vahit jusqu'au col de la vessie, ce qui est facile à constater par le toucher vaginal. A une période un peu avancée de l'affection, il est de règle de constater une adénopathie ganglionnaire dans les aines.

Le sarcome n'a pas de symptômes cliniques qui le différencient nettement de l'épithélioma ; ce que nous avons dit du cancer peut bien lui être rapporté ; toutefois nous devons citer comme éléments de différenciation le volume plus grand, une consistance moins dure, l'aspect plus régulier, une base d'implantation sur l'urèthre plus étroite.

Les divers symptômes que nous venons de décrire, ne vont pas sans une certaine altération de l'état général. S'il est vrai que dans quelques cas les malades conservent pendant fort longtemps toutes les apparences de la santé, le plus souvent sous l'influence des douleurs qui provoquent l'insomnie, des hémorrhagies qui mènent rapidement à l'anémie et des troubles gastro-intestinaux, ils dépérissent très vite et tombent dans un état cachectique, prélude de la période finale.

Kystes. — Nous ne dirons que peu de choses sur la symptomatologie des kystes de l'urèthre ; les troubles fonctionnels qu'ils déterminent sont peu intenses, quelques douleurs rarement très vives, de la difficulté dans l'émission de l'urine, une sensation de gêne du côté du vagin, sont les seuls symptômes observés. Les signes physiques sont beaucoup plus nets et caractéristiques : à part le fait observé par Churchill, où la tumeur reposait sur la paroi supérieure de l'urèthre, le kyste occupe toujours la paroi inférieure, faisant dans le vagin un relief plus ou moins arrondi.

A l'exploration, la tumeur se présente sous forme d'une poche très tendue, lisse et régulière à sa surface, rénitente, franchement fluctuante le plus souvent. Toutefois il faut bien savoir que cette fluctuation peut faire défaut ou même être remplacée par une consistance dure analogue aux tumeurs solides (observation de Garnier-Mouton)

CHAPITRE V

Marche. Durée. Terminaison.

D'une façon générale les tumeurs péri-uréthrales ont une marche lente mais progressive. C'est surtout aux tumeurs bénignes qu'appartient cette lenteur dans l'évolution; elles peuvent rester pendant longtemps stationnaires et à un moment donné, sous une influence quelconque, s'accroître rapidement. Cependant nous ne trouvons cet arrêt dans le développement que dans une observation; chez les quatre autres malades la tumeur avait augmenté peu à peu et très lentement; la malade de Rey portait sa tumeur depuis 12 ans lorsqu'elle se décida à la faire extirper et cependant le volume ne dépassait pas celui d'un œuf de dinde.

Abandonnées à elles-mêmes, il est probable que ces tumeurs sont compatibles avec une longue existence, mais les faits nous manquent pour nous prononcer sur ce point.

Les kystes semblent eux aussi avoir une marche analogue; citons à leur sujet, bien que nous n'en connaissions pas d'exemple, la possibilité de la rupture de la tumeur dans l'urèthre et le développement secondaire d'une poche urineuse. Nous savons d'ailleurs que Priestley invoquait comme pathogénie des poches urinaires la rupture dans l'urèthre d'un kyste sébacé.

Quant aux néoplasies malignes, à part le sarcome qui, ainsi qu'en attestent les observations de Beigel et d'Ehrendorfer, évolue lentement, elles ont une marche beaucoup plus rapide que les tumeurs précédentes. Né au niveau de l'orifice externe de l'urèthre, et d'une façon plus précise sur le bord inférieur de cet orifice, le cancer n'y reste pas stationnaire, il contourne le canal uréthral jusqu'à lui former une véritable virole et se prolonge profondément jusqu'au col vésical.

D'après les auteurs qui se sont occupés plus spécialement du cancer urétral, Melchiori, Winckel, il affecterait dans cet envahissement progressif de tout l'urèthre une marche régulière que l'on peut diviser à l'exemple de ces auteurs en trois périodes :

Dans la 1^{re} période le mal occupe la première moitié de l'urèthre.

Dans la 2^e le néoplasme arrive sous l'arcade pubienne en circonscrivant l'urèthre jusqu'à l'aponévrose pelvienne ; il peut s'étaler plus ou moins loin dans le vestibule, et va en arrière jusqu'au col vésical qui reste intact.

Dans le dernier degré le col se prend à son tour, puis le bas-fond de la vessie et le tissu cellulaire péri-vésical ; en avant il s'étale dans le vestibule, envahit le clitoris, les petites et grandes lèvres, de sorte que toute la vulve est infiltrée de tissu néoplasique.

Arrivée à cette période, la malade tombe rapidement dans l'état cachectique le plus complet. L'amaigrissement devient extrême, la peau flasque et ridée prend, surtout à la face, la teinte jaune paille caractéristique ; les douleurs de plus en plus violentes, les hémorrhagies sans cesse répétées activent encore cette déchéance ; parfois l'apparition d'une complication, fistule vésico-vaginale, cystite, vient hâter la terminaison fatale.

La durée totale de la maladie varie d'après Soullier entre 2 et 3 ans, mais elle peut survenir beaucoup plus tôt ainsi que l'atteste une observation de Melchiori relative à un épithélioma de l'urèthre qui a évolué en huit mois.

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs péri-uréthrales est sérieux pour toutes les variétés de tumeurs, mais à des degrés divers. Il est évident que les fibromes et les fibro-myomes ont un pronostic moins grave que le cancer ; toutefois ces tumeurs bénignes, contre lesquelles la chirurgie peut tout, sont assez sérieuses en ce sens que le canal urétral ne pourra pas toujours être respecté et que la fistule uréthro-vaginale ainsi produite nécessitera une nouvelle intervention.

Quant au cancer le pronostic est sombre ; cependant si le chirurgien est appelé au début de l'affection, alors qu'elle est tout à fait localisée au méat, la guérison définitive pourra être obtenue.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Nous avons vu au chapitre précédent combien étaient peu caractéristiques les signes fonctionnels des tumeurs péri-uréthrales, et la nécessité d'un examen sérieux de la région pour arriver à poser un diagnostic à peu près sûr. Trois difficultés se présentent pour ce diagnostic ; nous répondrons successivement aux trois questions suivantes : la tumeur appartient-elle à l'urèthre ? est-elle endo ou péri-uréthrale ? enfin quelle en est la nature ?

1° EST-CE UNE TUMEUR URÉTHRALE ? — Toutes les tumeurs vaginales, fibromes, fibro-myomes, kystes, certains polypes utérins qui ont perdu droit de domicile dans la cavité utérine et font une saillie plus ou moins prononcée dans le vagin ou hors de la vulve, le prolapsus utérin et enfin les tumeurs de la vessie et la cystocèle vaginale pourraient peut-être à un examen superficiel être pris pour des tumeurs uréthrales. Les fibromes, fibro-myomes ou kystes de la paroi antérieure du vagin surtout peuvent prêter à erreur ; mais un examen attentif permet toujours de constater l'indépendance absolue de l'urèthre. On s'en assurera par le toucher qui indiquera la situation de la tumeur en dehors du trajet uréthral, et si elle occupe exactement la ligne médiane, le cathétérisme aidé du toucher pourra toujours faire découvrir son point d'implantation.

Bien que l'erreur ait été commise, nous ne nous attarderons pas à différencier le prolapsus utérin, ni même les polypes de l'utérus d'avec les tumeurs qui nous occupent. Il suffit d'un examen un peu sérieux pour éviter ces grossières méprises.

Il n'en est pas de même de la cystocèle vaginale qui peut prêter plus fréquemment à une erreur. Mais l'examen démontrera que la

tumeur, au lieu de siéger sur le trajet de l'urèthre, est placée plus en arrière, qu'elle est réductible par la pression et se reproduit au moindre effort, enfin que sa consistance est très molle, caractères qui n'appartiennent pas aux kystes.

2^o EST-ELLE ENDO OU PÉRI-URÉTHRALE. — Cette question nous amène au diagnostic des polypes. Les polypes qui peuvent prêter à erreur se présentent dans deux conditions différentes : ou bien ils sont contenus entièrement dans le canal de l'urèthre, et forment en repoussant sa paroi postérieure, une tumeur parfois volumineuse, faisant saillie dans le vagin, ou bien, nés plus ou moins loin dans le canal uréthral ils font irruption à travers le méat au-devant duquel ils apparaissent appendus par leur pédicule. Ces polypes, ordinairement petits, peuvent cependant quelquefois prendre un grand développement, tels les cas publiés successivement par Velpeau, Giraldès et Dubar. C'est surtout dans ces conditions qu'on peut commettre une méprise. L'examen le plus complet devient nécessaire.

Dans le premier cas où la tumeur reste cachée dans l'urèthre, il faudra avoir recours au cathétérisme ; la sonde introduite avec précaution rencontrera le polype qui s'opposera à sa pénétration dans la vessie. Il ne faudrait pas cependant se borner à un seul examen pour faire le diagnostic ; il peut se faire que l'arrêt de la sonde soit dû à un spasme de l'urèthre. Dans ce cas avec un peu de patience et une pression douce et soutenue de la sonde contre l'obstacle, on arrive toujours à pénétrer jusqu'à la vessie.

D'ailleurs chez la femme l'urèthre est très dilatable et on pourra toujours l'inspecter sans peine sur toute sa longueur.

Si le polype fait saillie hors de l'orifice du méat urinaire, il sera toujours possible en suivant son pédicule de découvrir son point d'implantation sur la muqueuse plus ou moins près de l'orifice externe de l'urèthre.

Nous devons aussi signaler la possibilité de confondre une tumeur péri-urétrale avec le prolapsus de la muqueuse urétrale ; mais cette affection s'observe surtout chez les petites filles et il est toujours possible de réduire au moins en partie le bourrelet her-

nié. D'ailleurs commettrait-on cette première erreur qu'on serait obligé de la réparer lorsqu'il s'agirait de diagnostiquer la nature de cette tumeur. Or seul le cancer prend cette forme circulaire et ses caractères cliniques sont trop bien tranchés pour que l'erreur persiste.

3^o QUELLE EST LA NATURE DE CETTE TUMEUR ? — Nous voilà maintenant en présence d'une tumeur qui dépend de l'urèthre et est manifestement péri-urétrale ; il nous reste à éclairer un dernier point, la nature de cette tumeur, et montrer les affections qui peuvent quelquefois être confondues avec elle.

Les fibromes ou fibro-myomes se reconnaîtront à leur forme régulièrement arrondie, leur surface lisse et sans bosselure, leur consistance ferme mais élastique, uniforme ; leur marche lente, l'absence de retentissement sur l'état général, l'absence d'adénopathie symptomatique les séparent suffisamment du cancer. Lorsqu'ils sont ulcérés, il est encore facile de les reconnaître ; l'ulcération est toujours superficielle et les bords réguliers n'ont jamais la dureté de l'ulcération cancéreuse. L'absence de fluctuation permet également de ne jamais les confondre avec les kystes.

Quant à ces derniers ils peuvent être confondus principalement avec deux affections : les poches urineuses, et l'abcès du septum uréthro-vaginal.

La poche urineuse se distinguera facilement du kyste ; si elle a avec lui un symptôme commun, la fluctuation, elle en diffère par un point essentiel facile à constater, la réductibilité et sa disparition complète par la compression. Par cette manœuvre il est aisé de voir une quantité variable d'urine sortir par l'urèthre. Le cathétérisme montre d'ailleurs que cette poche « est en communication avec l'urèthre, tantôt se continuant avec lui sans ligne de démarcation et constituant une véritable dilatation du canal, tantôt au contraire formant une cavité plus isolée ne communiquant avec le canal qu'au moyen d'un orifice plus ou moins étroit » (Duplay).

Les abcès aigus du septum uréthro-vaginal n'offrent pas de difficulté de diagnostic ; mais il n'en est pas de même de ces abcès à

marche lente et chronique qui possèdent plus d'un caractère clinique des kystes.

Cependant on arrivera à faire le diagnostic en se fondant sur les symptômes suivants indiqués par Calavassy : ce sont des abcès « caractérisés par leur évolution lente, par leur indolence et par leur longue durée. Tantôt l'abcès se présente sous forme d'une tuméfaction de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dure, peu fluctuante, ne se modifiant pas par la pression ; tantôt sous forme de poche mollassse, franchement fluctuante et se vidant par la pression digitale, le liquide qui s'écoule est franchement purulent, d'autres fois il est séro-purulent.

Les troubles auxquels donnent lieu ces abcès sont peu accentués, la femme a plutôt une sensation de gêne que de vraie douleur ; fréquemment le coït et la station assise sont douloureux ».

Comment maintenant différencier un sarcome d'un cancer de l'urèthre, la chose n'est pas toujours facile ; cependant en tenant compte de son peu de retentissement sur l'état général, de l'absence d'infection ganglionnaire, de sa marche lente, de son volume toujours plus considérable que le cancer, de son aspect plus lisse, plus régulier, enfin de son implantation sur un point limité de la paroi uréthrale, on arrivera à éviter une erreur.

Il nous reste donc en dernière analyse la possibilité d'un cancer : mais à son tour le cancer doit être bien distingué de certaines affections présentant avec lui une certaine analogie. On comprend en effet toute l'importance d'un diagnostic précoce d'où dépend la vie de la malade.

Nous suivrons dans ce diagnostic la thèse de Soullier : on peut confondre le cancer avec les papillomes, le chancre induré, le chancre mou, les gommes ulcérées syphilitiques, les ulcérations tuberculeuses et enfin l'esthiomène de la vulve.

Les papillomes s'observent en général aux environs du méat et se développent aux dépens des nombreuses papilles vasculaires qui s'y trouvent. Ce sont de petites tumeurs, implantées presque toujours sur la moitié inférieure de la circonférence uréthrale, ordinairement petites, mollasses, d'un rouge vif ou violacé ; quel-

quefois cependant elles sont dures et résistantes, mais l'induration ne dépasse jamais les limites de la tumeur ; unques dans certains cas, multiples le plus souvent, ils récidivent sur place toujours avec les mêmes caractères.

Le chancre induré présente ici des caractères particuliers ; il est indolent, il ne détermine ni hémorrhagie, ni écoulement vaginal fétide. L'ulcération, généralement petite, superficielle, est recouverte d'un exsudat blanchâtre et limitée par un bord à peine saillant au-dessus des tissus sains.

D'ailleurs la marche rapide du chancre, l'intégrité de l'état général, l'état des ganglions, tout cela tranche très nettement avec les caractères du cancer.

Le chancre mou ne présentera pas également de sérieuses difficultés de diagnostic ; il est souvent multiple grâce à l'inoculation des surfaces en contact, sa marche est rapide, sa surface ulcérée ne présente pas d'excavation et ses bords pas d'induration.

La gomme ulcérée très rare à ce niveau se reconnaîtra à la forme arrondie de son ulcération, à ses bords minces et décollés. Dans tous les cas il faudra rechercher avec soin s'il existe en d'autres endroits des lésions syphilitiques et instituer en cas d'hésitation le traitement anti-syphilitique qui lèvera tous les doutes.

Les ulcérations tuberculeuses ne prêtent guère à erreur ; elles sont en général multiples, siègent en des endroits éloignés, sont très superficielles, ne reposent pas sur une tumeur et sont entourées sur tout leur pourtour d'un semis de points jaunâtres signalés par Trélat.

Le diagnostic de l'esthiomène de la vulve est souvent fort difficile. Cette affection débute cependant rarement par le méat, presque toujours elle part de la commissure postérieure, envahissant peu à peu toute la région sans jamais toutefois gagner les tissus profonds. Sa marche est beaucoup plus lente que celle du cancer, sa surface moins dure, les douleurs qu'elle détermine moins vives et les sécrétions qu'elle occasionne moins fétides. Le traitement anti-scrofuleux la fait disparaître dans bien des cas.

Il ne suffit pas d'avoir fait le diagnostic de cancer de l'urèthre,

il faut encore s'assurer de l'étendue du mal, rechercher avec soin, surtout si le col vésical n'est pas atteint, s'il n'y a pas de bourgeons secondaires du côté du vagin, enfin explorer minutieusement les régions ganglionnaires ; du résultat de cet examen découlent les indications du traitement.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement est essentiellement chirurgical ; la tumeur une fois constatée l'ablation s'impose.

S'il s'agit d'un *fibro-myome*, l'opération est ordinairement des plus simples. On pratique une incision soit longitudinale suivant le grand axe de la tumeur, soit elliptique, entamant les tissus jusqu'à la gaine d'enveloppe, puis s'aidant et des doigts et des ciseaux, on sépare la capsule de la tumeur jusqu'au niveau de ses connexions avec l'urèthre. Si les adhérences avec ce canal sont faibles, on peut ainsi continuer l'énucléation qui s'achève très bien ; au contraire si elles sont plus intimes, il sera prudent d'introduire une sonde rigide dans le canal, et, s'en servant comme guide, de terminer l'énucléation en s'entourant des plus grandes précautions pour ne pas blesser l'urèthre. L'ablation terminée, il reste à la place de la tumeur une vaste excavation que l'on bourre de gaze iodoformée. Les suites opératoires sont normales et la guérison est rapide si on a eu soin de faire une antiseptie rigoureuse et indispensable dans cette région. Rarement pendant l'opération on sera inquiété par une hémorrhagie ; toutefois, ainsi que le prouve l'observation de Rizzoli, la perte de sang peut être très abondante et on le comprend facilement, si l'on songe à l'extrême vascularisation de la région péri-urétrale.

Les *sarcomes* ne prêtent pas au point de vue du traitement à des considérations particulières ; la méthode opératoire variera avec chaque cas ; on pourra si la tumeur est nettement pédiculée se contenter de sectionner le pédicule en détruisant autant qu'il sera possible le point d'implantation du néoplasme. Quel que soit le manuel opératoire choisi, il faudra toujours faire l'ablation la plus

complète de la tumeur et pour en être sûr ne pas craindre d'empiéter sur les tissus sains.

Le *cancer* d'une façon générale doit être enlevé aussi largement que possible et le plus tôt possible. Cependant doit-on toujours opérer ? Evidemment non. On ne tentera d'opération que quand on pourra espérer une ablation large et entière. Winckel limite l'intervention aux cas où la néoplasie n'a pas envahi le col vésical.

La méthode opératoire varie d'ailleurs avec le degré de développement du néoplasme. Si la tumeur est nettement limitée à un point du méat, il suffira de sectionner au bistouri ou au thermocautère la base d'implantation en empiétant largement sur les tissus sains.

Lorsque le néoplasme est déjà à la 2^e période de son évolution, c'est-à-dire que la moitié antérieure du canal de l'urèthre est envahie, la manœuvre opératoire consiste, un cathéter étant préalablement introduit dans l'urèthre pour servir de guide, à faire deux incisions longitudinales et parallèles de chaque côté du tissu néoplasique, et le dépassant en avant et en arrière, isoler ainsi par la dissection la portion de l'urèthre malade et enfin couper d'un seul coup le canal urétral en arrière du mal. On peut employer indifféremment le bistouri ou le thermocautère ; ce dernier met à l'abri des hémorrhagies. On laissera une sonde à demeure pendant quelques jours et on fera un pansement à la gaze iodoformée. La guérison s'obtient en très peu de temps et si l'ablation a été complète, elle peut être définitive.

Quant aux *kystes* ils relèvent également de l'opération chirurgicale ; lorsqu'ils sont pédiculés on peut en pratiquer l'ablation à l'aide de l'écraseur ou plus simplement du bistouri. Lorsqu'au contraire la base d'implantation est large, ou bien on peut tenter l'extirpation complète par la dissection attentive de la poche, ou bien après incision de la tumeur pratiquer l'excision partielle de ses parois.

Les suites opératoires sont des plus simples lorsque les précautions antiseptiques nécessaires ont été prises pendant l'opération et que les pansements consécutifs sont faits avec soin.

OBSERVATIONS

1. — Observations de fibromes et fibro-myomes de l'urèthre.

OBSERVATION I. — REY, *Bulletin médical du Nord*, 1868, p. 269.

Mme X..., âgée de 36 ans, de bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'a pas d'antécédents maladifs qui méritent d'être signalés. Mariée à un homme ardent, dit-elle, elle a eu 6 enfants, tous venus à terme et bien portants.

Il y a douze ans, entre la seconde et la troisième grossesse, elle s'aperçut d'une petite tumeur siégeant dans la vulve au-dessous du clitoris ; elle était indolore et n'avait alors que le volume d'une aveline. Cependant elle augmenta lentement mais progressivement de volume et acquit la grosseur et la forme d'un gros œuf de dinde. Soit qu'elle ait résisté à des conseils chirurgicaux antérieurs, soit qu'elle voulût dissimuler son mal, la malade n'avait rien fait pour arrêter le développement de la tumeur. Il a fallu la grande incommodité qu'elle causait, quoique d'ailleurs aucune fonction ne s'en trouvât entravée.

Quand nous sommes appelé à la voir, la tumeur fait saillie hors de la vulve, bouchant l'orifice de l'urèthre sur lequel elle retombe de tout son poids. Elle était d'abord entièrement recouverte d'une membrane muqueuse, absolument analogue pour la coloration à celle du vagin. Mais depuis six mois, la marche et le frottement du linge de corps avaient irrité et enflammé la moitié inférieure où s'était produit un boursoufflement comme à la suite d'un vésicatoire. Cette cloche s'était ouverte laissant échapper un peu de liquide. Il en était résulté une ulcération dans la même étendue. Elle était à bords déchiquetés, à fond grisâtre ; il s'écoulait un pus sanieux et fétide qui infestait la malade. Elle restait néanmoins entièrement indolore. Parfois le détachement des tissus gangrenés provoquait l'écoulement d'un peu de sang. En soulevant la tumeur avec la main on reconnaissait son siège au dessus du méat, adhérente à la vulve par un large pédicule, l'introduction de la sonde dans le canal faisait voir que la paroi supérieure de celui-ci constituait sa base. Au reste toutes ces parties de l'urèthre avaient subi des changements. Dans le pourtour la muqueuse était pâle, hypertrophiée sur-

tout vers la partie inférieure où cette hypertrophie terminait le méat urinaire en forme de bec d'aiguière. Était-ce là un résultat de la compression de la tumeur sur ces parties, ou celui de la tendance hypertrophique de l'urèthre ? Le diagnostic avait son importance après l'enlèvement de la tumeur, mais il était difficile, je pense, de se prononcer à l'aspect seulement.

Quelques essais de traitements antérieurs avaient été tentés, nous a dit Mme X..., entre autres des cautérisations, au nitrate d'argent sans doute ; mais la marche du développement n'en ayant pas été arrêtée, l'affection avait été déclarée incurable et l'ablation trop dangereuse par suite, de l'incontinence d'urine qui pouvait résulter de l'opération. Comme c'était le seul traitement rationnel, il fallut décider la malade en la rassurant sur le peu de probabilité de pareilles suites. Nous n'avions pas à craindre, en effet, d'atteindre le sphincter de la vessie. Tout au plus le jet de l'urine pourrait changer de direction dans l'émission, restée volontaire, ce qui est arrivé en effet.

L'opération fut pratiquée avec le concours de notre honorable confrère le Dr Testelin. Le pédicule de la tumeur était large, ses éléments vasculaires inconnus, l'enlèvement par l'incision pouvait provoquer une hémorrhagie trop abondante. Un fil ordinaire embrassant le pédicule isola complètement la tumeur et marqua les limites jusqu'où l'écraseur de Chassaignac devait l'étreindre. La chaîne de l'instrument fut reserrée à raison de un cran par chaque demi minute. En sept minutes la tumeur se détacha. Il y eut un écoulement de sang d'abord assez abondant, arrêté par l'application de tampons de charpie, imbibés de perchlorure de fer et un appareil de compression. Dès le lendemain, le tamponnement fut enlevé. La plaie mise à nu laisse voir en effet que la paroi supérieure du canal avait été enlevée dans une étendue de 2 centimètres à peu près. La malade urinait sans difficulté, mais le jet était plus horizontal. Quelques compresses imbibées d'eau émolliente, des soins de propreté furent seuls recommandés. Cependant le contact de l'urine inévitable et l'impossibilité d'une réunion par première intention rendirent assez longue la cicatrisation. Les douleurs furent assez vives pendant la première période, au moment de la miction. Plus tard quelques bourgeons charnus excessifs ont nécessité l'emploi de la pierre. Aujourd'hui les parties atteintes sont couvertes d'un tissu cicatriciel. La portion du canal enlevée s'est notablement rétrécie et le jet de l'urine a presque sa direction normale. L'hypertrophie du méat n'a pas été modifiée, mais tout porte à croire qu'elle s'arrêtera à cette limite. La guérison est donc complète.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un fibrome (Voir chapitre *Anat. path.*)

OBSERVATION II. — RIZZOLI, *Journal de méd. de Bruxelles*, 1875.

J'ai eu l'occasion d'observer une tumeur péri-urétrale assez rare chez une femme de 40 ans qui avait eu plusieurs accouchements heureux. Elle s'était aperçue de la présence de cette tumeur trois ans avant que je ne la visse. Dans le principe elle était très petite et se montrait en dedans du vagin, très près de son orifice ; peu à peu elle s'était accrue au point de prendre les dimensions et la forme d'un œuf de dinde. La femme étant couchée, les cuisses écartées, la tumeur faisait saillie entre les grandes lèvres de façon à simuler une vaste cystocèle vaginale. Après avoir procédé à tous les examens d'usage et en tenant en considération le siège, la forme et la consistance de la tumeur, je pus diagnostiquer un fibro-myome volumineux, développé dans le cul-de-sac vagino-uréthrovésical.

En présence de la gêne et de l'incommodité apportées par la tumeur, la malade s'était décidée à en subir l'extirpation. Je pratiquai l'opération à peu de chose près de la même manière que pour l'enlèvement du kyste péri-urétral dont je viens de rapporter l'observation. La femme étant couchée sur le bord du lit les cuisses écartées et soutenues par deux aides, j'introduisis une sonde dans la vessie pour évacuer son contenu et pour me servir en outre de guide et empêcher toute blessure de l'urèthre ou de la vessie pendant l'opération nécessaire pour la dissection de la tumeur. Celle-ci ayant été ainsi presque entièrement mise en relief, je pus facilement pratiquer, sur la paroi vaginale qui la recouvrait, une incision elliptique à dissection longitudinale, de façon à faire dépasser par les deux extrémités de l'ellipse les deux extrémités de la tumeur elle-même ; ensuite tantôt avec le bistouri, tantôt avec les ciseaux ou avec le doigt, je l'isolai entièrement du vagin et des tissus voisins. L'ayant ensuite saisie avec les pinces à griffe de Museux, je détachai en y mettant les précautions voulues, avec le doigt seulement et avec les ciseaux courbes sur le plat, la base de la tumeur des adhérences qui l'unissaient à l'urèthre comme au sommet et au bas-fond de la vessie : cette dissection fut pratiquée assez lestement. Entre temps que je cherchais à détacher la tumeur, on pratiquait des irrigations d'eau froide pour arrêter le sang qui coulait avec beaucoup d'abondance. La tumeur complètement enlevée et l'hémorrhagie ne cédant ni aux injections froides ni à l'application de la glace, je fus obligé de recourir au tamponnement avec des boulettes de charpie imbibées d'eau hémostatique de Pagliari ; elle s'arrêta alors.

La présence du tampon n'empêcha point, le jour suivant, l'opérée d'émettre ses urines bien que la sonde eût été enlevée.

A partir de ce moment elle n'eut plus aucune douleur. Quand on enleva le tampon il s'échappa du pus de bonne nature et la plaie se cicatrisa complètement en moins de 40 jours. Il s'est écoulé plus de

trois ans déjà depuis cette opération, la femme jouit d'une parfaite santé et il n'y a pas la moindre apparence de repullulation du mal.

L'examen anatomique de la tumeur confirma le diagnostic d'un fibrome : elle fut déposée au musée anatomique de l'université.

OBSERVATION III. — TILIAUX, *Annales de Gynécologie*, 1889.

Il n'est pas rare de rencontrer à la vulve des kystes ayant pour point de départ l'appareil glandulaire si abondant dans cette région, on y rencontre également les épithéliomas ; on y observe aussi parfois, quoique plus rarement, des lipomes qui s'y pédiculisent et pendent à l'extérieur comme un battant de cloche ; mais la tumeur dont j'ai à vous entretenir est infiniment plus rare que les précédentes et par sa nature et par le siège anatomique qu'elle occupe.

Il s'agit d'une femme de 29 ans qui n'a jamais été malade. Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a eu 2 enfants après des accouchements normaux et il y a 18 mois elle fit une fausse couche. A cette époque elle constata l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette occupant la vulve. Cette tumeur était dure, non douloureuse au toucher et ne déterminait de trouble d'aucune espèce. Pendant près d'un an la malade n'en fut pas gênée et le volume resta sensiblement le même.

Depuis cinq mois la tumeur a pris une extension continue. Ce fut d'abord une simple gêne qu'éprouva la malade ; puis survinrent des envies fréquentes d'uriner, de vives douleurs pendant la marche et bientôt une impossibilité de tout rapprochement sexuel. C'est alors seulement qu'elle se décida à nous consulter et qu'elle entra dans le service.

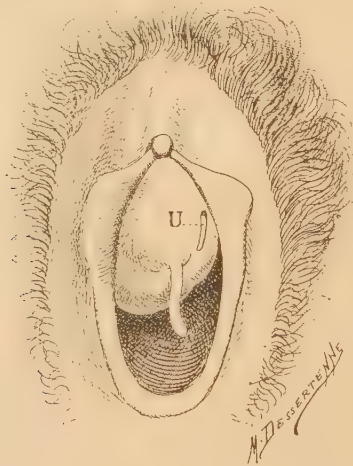


Fig. III. — Prise dans les *Annales de Gynécologie*.

Le dessin que je reproduis au tableau vous donnera tout de suite une idée précise de cette tumeur. Sans qu'il soit besoin d'écarter les grandes lèvres on aperçoit immédiatement une masse de couleur rosée, ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule, qui pourrait faire songer tout d'abord à un polype utérin faisant saillie hors de la vulve, mais le plus simple toucher démontre qu'il s'agit d'une tumeur de la vulve elle-même dont le tiers inférieur seulement est libre. Cette tumeur est d'ailleurs absolument fixe dans la plaie qu'elle occupe et ne peut être refoulée en arrière ni attirée en avant ; elle est donc privée de tout pédicule et sessile. De la surface se détache une sorte d'appendice vermiciforme tout à fait bizarre et dont il m'est impossible de déterminer le mode de production.

Voici ce que nous démontre un examen plus approfondi. La tumeur est manifestement recouverte par une membrane muqueuse dont la coloration un peu rougeâtre tranche sur le fond rosé de la muqueuse vulvaire. Elle est lisse à sa surface ; la consistance est ferme mais légèrement élastique, pas de trace de fluctuation.

Le toucher vaginal démontre que la tumeur se prolonge dans le vagin dans la profondeur d'environ 2 cent. 1/2 ; plus haut le vagin est normal et il en est de même de l'utérus.

Les rapports avec les organes voisins sont les suivants : les petites lèvres sont libres et indépendantes de la tumeur, ainsi que le clitoris, mais par contre l'urèthre affecte avec elle les connexions les plus intimes. Voyez d'abord le méat urinaire ; il est complètement déformé et on éprouve quelque peine à le reconnaître. Il se présente sous la forme non plus d'un orifice arrondi, mais d'une fente presque linéaire, dirigée verticalement et très rapprochée du bord gauche de la masse. On y introduit d'ailleurs facilement une sonde jusque dans la vessie et cette manœuvre combinée avec le toucher vaginal permet de constater la fusion de la tumeur avec la paroi uréthrale ; il est évident que le néoplasme occupe celle-ci et plus spécialement la paroi latérale droite. On comprend dès lors pourquoi la tumeur est immobilisée et paraît en quelque sorte partir de la branche ischio-pubienne, tandis qu'en réalité elle occupe le vestibule qu'elle déborde fortement en bas. Il est également aisé de comprendre les troubles apportés dans la miction et c'est en effet ce dont se plaint surtout cette jeune femme ; l'urine n'est plus projetée directement en avant et en bas ; elle s'échappe en s'éparpillant vers le côté gauche de la vulve qu'elle souille ainsi que les vêtements.

Nous avons donc affaire à une tumeur de la vulve développée dans l'épaisseur de la paroi uréthrale et à une tumeur solide : or je le répète c'est là une affection fort rare dont je n'ai pas encore rencontré d'exemple, ce qui toutefois n'aurait rien de surprenant mais dont les auteurs ne font même pas mention. J'ajouterai cependant que quelques cas en ont été cités par Rizzoli en 1875.

Le siège anatomique étant déterminé, quelle est la nature de cette tumeur ?

Celle-ci est lisse, régulière, rénitente, absolument indolente par elle-même, aussi devons-nous rejeter l'existence d'une tumeur maligne, d'un cancer. Elle donne absolument au toucher la sensation d'un fibrome dont elle présente également l'apparence extérieure. Je crois donc devoir formuler le diagnostic : fibrome ou fibro-myome de l'urèthre.

La malade, vous le comprenez, désire vivement être débarrassée de cette masse très gênante pour elle à plusieurs égards et je ferai cette opération qui je le pense ne présentera pas de difficultés sérieuses. Un point important est de ne pas intéresser l'urèthre, c'est-à-dire de respecter sa paroi, or j'estime que l'énucléation sera suffisamment aisée pour nous permettre ce résultat. Nous aurons soin d'ailleurs de maintenir dans le canal une sonde qui nous fournira les renseignements nécessaires au cours de l'opération.

Opération. — La malade étant endormie au chloroforme, une incision fut pratiquée suivant le grand axe de la tumeur et celle-ci fut facilement énucléée. Le canal uréthral était intact après l'opération. La cavité assez vaste qui résulta de l'ablation de la tumeur fut bourrée de gaze iodoformée. Après 2 pansements la malade urinait seule et dix jours après l'opération elle quittait l'hôpital complètement guérie.

L'examen de la pièce a démontré qu'il s'agissait bien d'un fibro-myome.

OBSERVATION IV. — BUTTNER, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, B. XXVIII, p. 122.

Le 6 septembre 1883, la femme Elisabeth G..., âgée de 40 ans, fut reçue à la clinique de Masburg. La malade depuis l'âge de 17 ans est normalement réglée et sans difficulté, elle a vécu 9 ans dans un mariage stérile, a été toujours bien portante, exception faite d'un abcès au bas de la jambe.

Depuis un an la malade a une sensation de pesanteur dans la région de l'urèthre et depuis quatre semaines une petite tumeur s'est produite à l'orifice du canal, tumeur qui d'après elle a grossi rapidement. Tandis que la miction se faisait il y a encore peu de temps sans aucun trouble, la malade depuis l'augmentation de la tumeur ne peut retenir son urine que très peu de temps. L'urine sort goutte à goutte. Cependant il n'y a que des douleurs assez faibles, qui se font sentir particulièrement lorsque la malade a essayé de retenir plus longtemps son urine.

Etat actuel. — Femme de bonne constitution, d'apparence de bonne santé. A la jambe droite un ulcère. A l'inspection des organes génitaux extérieurs apparaît une tumeur, grosse comme un œuf de poule, ulcérée extérieurement, d'une couleur sale, qui a une forme cylindrique et dont la consistance répond à peu près à celle d'un myome ordinaire de l'uté-

rus. En avant cette tumeur est visiblement séparée du clitoris par un large pont de tissu naturel.

De même la tumeur, qui devient visible quand on écarte les grandes lèvres, ne se trouve en rapport ni avec les grandes lèvres, ni avec la paroi du vagin ; elle reste située immédiatement au-dessus de l'orifice de l'urèthre, qui, tirailé par la tumeur, a pris la forme d'une fente semi-lunaire de quatre à cinq centimètres de large. La tumeur est entourée à sa base d'une enveloppe mince de tissu conjonctif dans laquelle sont contenues aussi des fibres musculaires du sphincter de l'urèthre. Ce qui le laisse supposer c'est la couleur rouge chair de l'enveloppe pendant que la tumeur elle-même est d'un rouge gris. Le toucher de la tumeur est légèrement douloureux. Du reste, les organes génitaux n'offrent, en dehors d'une légère rétroversion utérine, aucune particularité. L'urine est claire, ne contenant ni sang ni aucun autre élément anormal.

Notre diagnostic était le suivant : tumeur de l'urèthre vraisemblablement de nature fibreuse. Bien entendu nous avons examiné avec soin la possibilité d'une tumeur maligne comme il s'en produit dans des cas rares à l'urèthre, mais les particularités caractéristiques de ces tumeurs malignes qui ont été soulignées par les auteurs manquent absolument, particulièrement écoulement du sang et douleurs violentes surtout pendant le coït.

A l'extirpation opérée le 7 septembre on veilla surtout à ménager les fibres musculaires contiguës à la tumeur pour éviter les troubles urinaires. Après les préparatifs d'usage et après avoir soulevé la tumeur avec une pince de Muzeux on fit une section circulaire superficielle à l'enveloppe fibreuse autour du pédicule de la tumeur. Celle-ci s'énuclée avec une facilité étonnante de son enveloppe, exactement comme on le constate si souvent dans les fibro-myomes de l'utérus. L'écoulement du sang pendant toute l'opération fut très faible. A la place qu'occupait la tumeur, on pouvait maintenant montrer l'existence d'une excavation dirigée en avant. Pansement : on tamponna l'excavation de la blessure et le vagin avec la gaze iodoformée.

8 septembre. — La malade urine 500 centimètres cubes qu'elle avait retenus sans peine.

16. — La cavité décrite plus haut a sensiblement diminué, de même l'orifice de l'urèthre s'est rétréci jusqu'à la grandeur normale. La miction se fait sans trouble. La malade est congédiée.

Examen de la tumeur. — La tumeur extirpée est de la grosseur d'un œuf de poule et ressemble à un bouchon de bouteille de Champagne dont l'extrémité inférieure se termine en cône ; elle est la reproduction exacte de la cavité qui a été décrite. Elle est absolument solide et de tissu uniforme. La vascularisation est très faible ; à la coupe elle offre la consistance et la constitution d'un myome utérin.

Mais c'est surtout à l'examen microscopique que l'on peut voir sa parfaite analogie avec le myome pur et typique de l'utérus. La tumeur est

constituée, abstraction faite d'une faible quantité de tissu conjonctif, exclusivement de fibres musculaires lisses avec des noyaux allongés caractéristiques. Le néoplasme est entouré d'une couche mince de tissu conjonctif.

Quant à l'origine histologique de la tumeur, elle ne peut être que dans le tissu musculaire lisse, disposé comme l'a montré Henle en deux couches, une interne de fibres longitudinales, l'autre externe de fibres circulaires.

Topographiquement nous pouvons placer le point de départ de la tumeur dans un point de la paroi antérieure de l'urèthre, situé à un centimètre en arrière de l'orifice externe, correspondant au fond de l'excavation précédemment décrite. Elle s'est développée dans le tissu intermédiaire à l'urèthre et à la commissure antérieure, et est devenue en définitive visible en avant des organes génitaux.

L'examen superficiel des rapports de la tumeur avec l'urèthre aurait pu faire supposer qu'elle partait de l'orifice uréthral, mais dans ce cas nous aurions dû voir l'orifice uréthral entourer la tumeur, tandis que au contraire nous constatons seulement un rapport étroit de la néoplasie avec le bord antérieur du méat. De même l'hypothèse d'une tumeur intra-urétrale était inadmissible, car dans ce cas nous aurions observé, au lieu d'une incontinence d'urine, les symptômes cliniques d'une rétention.

OBSERVATION V. — LEJARS, *Leçons de chirurgie*, 1893-94.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, de bonne santé. Il y a un an, la malade s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur, à la partie antérieure de la vulve, au-dessous de l'urèthre; un peu aplatie, dure, indolente, la petite masse a grossi peu à peu, provoquant une gêne croissante pendant la marche, et quelque difficulté de la miction. Depuis quelques mois par le frottement continu, elle s'est ulcérée superficiellement; enfin le 14 août 1893, la malade se décide à consulter un médecin qui porte le diagnostic de « *descente* » et applique un pessaire. Deux jours après, la soi-disant descente proéminent de plus belle, le pessaire est enlevé.

Quand je vis la malade en septembre, voici ce que je constatai : Entre les lèvres de la vulve, une tumeur fait relief, du volume d'un gros œuf, ovoïde, à grand diamètre vertical; elle se prolonge jusqu'au bord postérieur du méat; en arrière et en bas, elle vient finir sur la paroi antérieure du vagin, qu'elle soulève, sur toute la longueur du septum uréthro-vaginal. On la refoule aisément dans le vagin et l'on constate nettement qu'elle occupe la paroi postérieure de l'urèthre auquel elle est intimement fixée. Une muqueuse un peu rouge, ulcérée au point le plus saillant, la recouvre; l'ulcération ne présente d'ailleurs aucun caractère suspect, elle est peu profonde, à bord aminci, et revêt toute l'appa-

rence d'une perte de substance, due au frottement et à la compression. La tumeur est résistante, presque molle ; ses contours sont réguliers, on n'y retrouve aucune trace de lobulation, la consistance paraît uniforme. J'ajoute que le cathétérisme se fait sans difficulté, et que la palpation n'est que peu douloureuse.

Fibrome ou fibro-sarcome péri-urétral : tel fut le diagnostic qui nous parut cadrer le mieux avec l'ensemble des caractères objectifs que nous relevions.



Fig. IV. — Prise dans *Leçons de Chirurgie* de M. LEJARS.

Le 26 septembre 1893, je procédai à l'ablation de la tumeur. Une incision ovale, circonscrivant le segment de la muqueuse ulcérée, découvrit sa face superficielle, dont la dissection se fit sans peine ; j'isolai de même ses deux bords, puis sa face profonde, attenante à la paroi inférieure de l'urètre, mais d'adhérence minime. Le néoplasme une fois enlevé, l'urètre était dénudé sur toute sa longueur, et l'on distinguait aisément les fibres musculaires transversales de sa tunique externe ;

il était resté d'ailleurs parfaitement intact, et la tumeur siégeait bien dans l'épaisseur du système uréthro-vaginal, sans connexion aucune avec la muqueuse de l'urètre.

Les deux lèvres de la plaie furent réunies par un surjet de catgut, et le vagin tamponné à la gaze iodoformée. Le soir, il fallut mettre une sonde à demeure, qui fit cesser les envies fréquentes d'uriner et le ténesme. La guérison eut lieu sans incident, et le 3 octobre, la malade quittait l'Hôtel-Dieu.

Quant à la tumeur, elle était bien limitée, bien isolable sur toute sa périphérie, de coloration grisâtre, de consistance presque molle. Elle était, sur une coupe, de même couleur et de même aspect. L'examen histologique nous a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myome, auquel l'élément myomateux prend une part prédominante. Les coupes ressemblent, à s'y méprendre, à celui du fibro-myome utérin (*Voir chapitre Anatomie pathologique*).

2. — Observations de sarcomes de l'urèthre.

OBSERVATION VI. HONING, *Berliner klin. Woch.*, 1869, p. 55.

M. D..., âgée de 41 ans, a été reçue à la clinique gynécologique le 25 mai 1868. Jusqu'à il y a 3 ans la malade, qui n'a pas été mariée et n'a pas eu d'enfants, était bien portante et bien réglée. Depuis cette époque elle a eu quelques pertes rouges qui ont entravé son état de santé. Au mois de mai 1867, elle s'est aperçue de l'existence à l'entrée du vagin d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un œdème, indolente, élastique, sans limite, faisant saillie au dehors du vagin et n'occasionnant aucun autre malaise qu'une sensation de tension et de temps à autre de la rétention d'urine. Près de la tumeur le doigt pouvait, en se dirigeant en haut, atteindre l'orifice utérin normal.

Cette tumeur disparut au mois d'octobre pour réapparaître quelques mois après, augmentant de volume, causant de la rétention d'urine et faisant saillie hors du vagin.

Elle disparut de nouveau en laissant seulement un certain degré d'induration à l'entrée du vagin. Au mois de janvier 1868 elle reparissait plus grande, en causant une rétention d'urine et une constipation opiniâtre, si bien que la malade fut obligée de se faire constamment sonder. Une partie de la tumeur qui faisait saillie hors du vagin fut liée et coupée avant l'entrée de la malade à la clinique. La partie coupée était grosse comme la tête d'un enfant et pesait plus de deux livres.

A son entrée la malade était si faible qu'elle marchait à peine. En avant des organes génitaux se trouvait une tumeur grosse comme un poing, ulcérée dans certains endroits et couverte de croûtes rouges sombres, molle et rénitente ou même fluctuante par place. Au-dessus d'elle se trouvait le clitoris. L'urèthre situé immédiatement au-dessous du clitoris s'ouvrait à droite de la tumeur par un orifice long de un centimètre. Sur les côtés de la tumeur se voyaient les petites lèvres normales et plus en dedans, l'hymen, un peu déchiré mais normal, était accolé à la tumeur, si bien que de ce côté comme en haut, le vagin était inaccessible au doigt. On pouvait arriver dans le vagin seulement par la commissure inférieure. Le toucher était très douloureux et provoquait l'écoulement d'un liquide sanguinolent. On sentait dans le vagin une tumeur plus grosse que celle située au dehors. On ne pouvait pas atteindre le col de l'utérus.

Sous le chloroforme, on put voir que l'adhérence de l'hymen à la tumeur n'était que superficielle ; on put le séparer facilement avec le

doigt ; il n'y eut qu'un léger écoulement de sang. La main, introduite dans le vagin en suivant la commissure postérieure, put saisir la tumeur et constater son indépendance de l'utérus. Si alors, les adhérences de l'hymen étant détruites, on introduisait le doigt, il rencontrait l'autre doigt au-dessous de l'insertion de la tumeur à la paroi vaginale antérieure. Le point d'insertion se trouvait immédiatement en arrière de l'entrée du vagin dans la paroi postérieure de l'urèthre.

Lorsqu'on eut détruit les adhérences latérales aussi loin que possible avec le doigt et quelques-unes plus solides avec le bistouri et les ciseaux, on put saisir la tumeur et par de fortes tractions l'amener hors du vagin. Elle ne se trouvait fixée dès lors que par un pédicule court, de l'épaisseur d'un doigt à peine, que l'on sectionna aux ciseaux. Il en résulta une hémorrhagie notable et plusieurs applications de fer rouge ne suffisant pas à l'arrêter, on dut lier les vaisseaux qui donnaient. Le méat urinaire, allongé par les tiraillements exercés par la tumeur, reprit alors sa position normale ; le vagin était très dilaté et ulcéré, ce qui était dû à la pression de la tumeur et qui explique sans doute la production du liquide séro-sanguinolent qui s'était écoulé pendant l'examen.

L'utérus était de forme et de grosseur normales, mais incliné à droite. La tumeur elle-même avait un aspect granuleux ; un étranglement séparait la partie extra-vaginale de la partie intra-vaginale deux fois plus grosse. La masse totale, d'un poids de trois livres à peu près, présentait tous les caractères d'un *fibrome mou*, sans aucun mélange suspect.

Pendant le traitement qui dura 14 jours, on n'observa qu'une forte suppuration de la plaie opérative et une incontinence d'urine pendant 2 jours, due sans doute au tiraillement exercé sur l'urèthre. La paroi postérieure du vagin avait des tendances au prolapsus ; l'utérus était incliné à droite. Pendant l'examen au spéculum ce n'est pas le col qui se présentait, mais bien la paroi gauche du vagin.

La malade a rapidement guéri.

OBSERVATION VII (Résumée). — BEIGEL (1).

La malade de Beigel a 50 ans, n'a pas eu d'enfant ; elle a remarqué depuis cinq ans à l'urèthre la présence de la tumeur parce qu'elle souffrait des rapprochements qui maintenant encore lui occasionnent des hémorrhagies. L'émission d'urine n'était pas douloureuse.

La tumeur figurée dans la relation de Beigel est presque de la grosseur d'une petite noix et présente trois lobes sortant de la marge postérieure de l'ouverture de l'urèthre sous forme de polypes. Beigel l'excise

(1) N'ayant pu nous procurer l'original de cette observation, nous avons dû nous contenter du résumé.

et arrête la petite hémorrhagie par le perchlorure de fer. A l'examen microscopique on constate la présence de deux couches, une interne et plus serrée, d'un tissu à mailles étroites remplies de très petites cellules, et une autre externe formée de faisceaux plus denses à mailles plus grandes, assez pauvres en cellules ; quelques-uns des espaces sont remplis de matière colloïde.

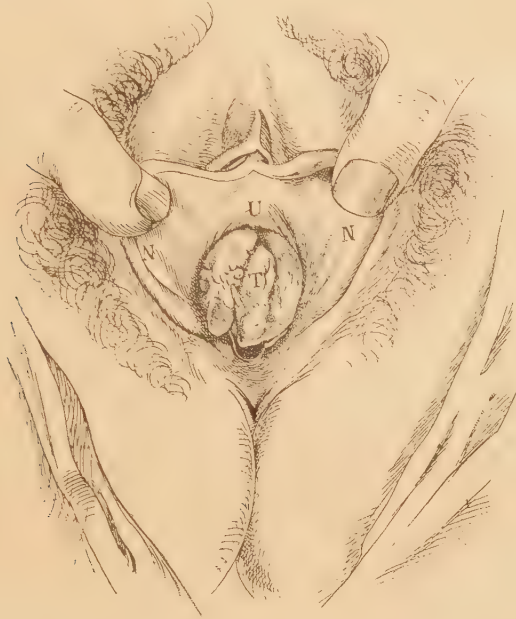


Fig. V. — Sarcome de l'urèthre observé par BEIGEL. Dessin pris dans WINCKEL, *Deutsche Chirurgie*, 1885.

OBSERVATION VIII (Résumée). — THIEM, *Annual of the universal medical sciences*, 1889.

La tumeur était du volume d'une noix verte, très ferme et était traversée dans sa partie supérieure par l'urèthre. Elle était visible dans le vestibule dilaté, dans lequel le prépuce du clitoris apparaissait quoique presque effacé. Le clitoris lui-même était tout à fait confondu avec la tumeur. La substance du néoplasme était composée de cellules épithéliales de différentes formes avec un noyau distinct et de cellules conjonctives réunies en groupes ; le tout presque encapsulé par un tissu conjonctif abondant à tous les degrés de développement. Les couches les plus proches de la peau et de l'urèthre étant de structure normale, il était impossible que ces organes ou leurs glandes fussent le point

d'origine de la tumeur qui semble dériver de l'endothélium des espaces lymphatiques.

Cette tumeur était un sarcome.

OBSERVATION IX (Résumée). — EHRENDORFER.

Centralblatt für Gynäkologie, Leipzig, 1893.

K. E., 52 ans ; un accouchement spontané il y a 23 ans ; ménopause depuis 8 ans. Malade depuis un an et demi environ, elle constate peu à peu, au niveau de la région uréthrale, une tuméfaction qui ne lui occasionne cependant, jusque dans ces derniers temps, aucune difficulté d'uriner appréciable.

Son attention fut d'abord attirée par l'écoulement d'une sérosité sanguine sans odeur.

Chez cette femme un peu anémiée, mais ne présentant aucune altération organique, la palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Repoussant de côté les grandes et petites lèvres, il sort de la vulve une néoformation composée de bourrelets rouges en partie globuleux, en partie aplatis. Elle se compose de trois tumeurs sagittalement placées qui présentent par place des pertes de substances et un léger écoulement séro-sanguinolent. Deux des plus grosses portent sur leur bord antérieur des excroissances rondes, en forme de champignons, qui paraissent plus pâles et comme œdémateuses. Celles qui sont situées à gauche et au milieu mesurent environ quatre centimètres ; celle de droite trois centimètres ; leur épaisseur est d'environ un demi à deux centimètres et leur hauteur de trois à trois centimètres et demi. Elles sont issues des contours postérieurs et latéraux de l'orifice externe de l'urèthre. La tumeur est médiocrement résistante, élastique.

Le cathétérisme de l'urèthre n'est pas difficile. L'urine est un peu trouble. L'extrémité antérieure de l'urèthre paraît un peu indurée, mais ne présente pas d'infiltration ni de nodosités. Les organes génitaux externes ne sont pas intéressés. L'utérus est en atrophie sénile.

Le 29 octobre la tumeur est enlevée. L'opération se fait sans chloroforme suivant le désir de la malade ; la tumeur embrassée avec les doigts est amputée circulairement au couteau. La malade n'a manifesté aucune douleur, l'hémorrhagie était modérée, un vaisseau qui donnait est lié. On réunit par des sutures au catgut la muqueuse uréthrale au tissu voisin. La région voisine est saupoudrée abondamment d'iodoforme ; pansement à la gaze iodoformée. Cathétérisme vésical.

Tous les jours application de teinture d'iode, les granulations saines apparaissent, se couvrent d'épithélium.

La malade est guérie au 3 décembre.

Depuis lors on n'a pas constaté de récurrence.

L'examen microscopique donna des résultats à peu près semblables à ceux recueillis par Beigel (Voir chapitre *Anatomie pathologique*, p. 15).

3. — Observations de cancers de l'urèthre.

OBSERVATION X. — RIBERT (thèse de SOULLIER), 1889.

Mme V..., d'un tempérament sanguin, âgée de 58 ans, née de parents sains, ayant été dans son enfance affligée de chute du rectum. Vers les 11 ans elle a eu un écoulement sanguin par les parties génitales ; à cet écoulement succéda une leucorrhée.

Réglée à 17 ans, la menstruation s'accomplit régulièrement jusqu'à 48 ans. Pendant toute la durée de sa vie menstruelle, la leucorrhée persista, mais avec moins d'intensité. Vers l'âge de 41 ans, époque à laquelle elle eut sa leucorrhée, un médecin constata l'existence d'une tumeur indolente *ad sensum* mais un peu douloureuse *ad tectum* ; cette tumeur siégeait dans le méat urinaire.

La tumeur s'accrut jusqu'à l'âge de 47 ans ; à partir de ce moment elle resta stationnaire jusqu'à la cessation de la menstruation.

A l'âge de 26 ans, la malade ayant été demandée en mariage consulta un médecin qui lui prescrivit l'application sur la tumeur d'une poudre noirâtre et caustique. Après avoir employé trois fois ce traitement, elle dut y renoncer à cause des violentes douleurs qu'elle éprouvait.

Mariée à 27 ans, elle eut une grossesse qui se termina par un accouchement laborieux. Le coït, douloureux avant l'accouchement, fut supporté depuis avec facilité ; mais dès que la fonction menstruelle eut cessé, il redevint douloureux.

Depuis l'âge de 48 ans, pendant dix années, la malade resta sans traitement. Durant ce long espace de temps elle fut tourmentée par une sensation continuelle et désagréable de remplissage en dedans des parties génitales externes ; par des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle ; par une constipation opiniâtre ; par des douleurs vagues et passagères dans l'abdomen, par une leucorrhée encore plus abondante qu'à l'époque de la menstruation. Depuis cinq mois, c'est-à-dire à la fin de l'année 1843, elle eut un écoulement de sang noirâtre par le vagin, avec de fréquentes douleurs lancinantes dans la tumeur et le clitoris. Vers la fin de février 1884, à tous ces phénomènes vint se joindre l'ischurie.

Les douleurs augmentant chaque jour d'intensité, les attaques d'ischurie devenant de plus en plus fréquentes, Mme V..., vint me trouver dans les premiers jours du mois de mai.

Etat général. — Maigreur notable ; visage terreux ; fièvre légère ;

irrégulière dans son apparition ; grande constipation ; langue rougeâtre.

Etat local. — Urèthre saillant, s'avancant au delà des grandes lèvres et grossi au point qu'on pouvait à peine introduire le doigt indicateur dans le vagin ; les parois vaginales hypertrophiées, mais non entamées ; une excroissance morbide charnue, dure, de couleur rouge, çà et là marquée de taches noirâtres, du volume d'une aveline et insérée au contour interne et inférieur du méat urinaire qu'elle dépassait de plusieurs lignes ; grande difficulté pour faire passer la sonde à travers cette excroissance, qui était assez douloureuse au toucher. Miction difficile et douloureuse ; douleurs lancinantes au pénil et au clitoris ; écoulement vaginal un peu fétide ; le clitoris est envahi par le mal ; les petites lèvres sont saines ; à l'aîne gauche deux petits ganglions durs, mobiles, à peu de distance l'un de l'autre, peu douloureux, et ayant la grosseur le premier d'une fève, le second d'une aveline.

Opération le 2 juin. — La tumeur est isolée à droite et à gauche par deux incisions s'étendant jusqu'au col vésical. Après une abondante hémorrhagie et de nombreux efforts, la tumeur est enlevée avec l'urèthre, qui est sectionné au col de la vessie. Difficulté de trouver le col vésical ; introduction d'une sonde et pansement de la plaie.

Examen de la tumeur. — Elle a une longueur de treize lignes, c'est-à-dire presque la totalité du canal.

Au méat urinaire excroissance charnue, dure, fongueuse, faisant saillie de trois lignes.

La muqueuse est hypertrophiée. Le tissu rétro-muqueux présente une dégénérescence squirrheuse lardacée. Il est épais de plus de huit lignes autour de l'urèthre, auquel il constitue une espèce de gaine. Son épaisseur est plus marquée du côté du vagin que du côté de l'arcade du pubis.

Suites de l'opération. — Pas de fièvre. Pour prévenir l'apparition d'une cysto-péritonite, on appliqua sur l'hypogastre, pendant quinze jours, des vessies pleines de glace.

Cuisson et excoriations dues au passage de l'urine.

Enlèvement de la sonde douze jours après l'opération. A partir de ce moment sortie involontaire des urines tout d'abord, puis petit à petit elle devint volontaire.

La cicatrisation fut rapide ; une portion de la muqueuse vaginale, qui n'avait pas été enlevée, fut tirée en haut par le travail de cicatrisation et contracta des adhérences de manière à former, pour ainsi dire, un nouveau canal uréthral.

OBSERVATION XI. — MELCHIORI (Thèse de SOULLIER).

Antonia S..., robuste, menstruée à 16 ans, eut une seule grossesse. Disparition des menstrues à 44 ans.

Le 29 mars 1862, je la vis pour la première fois ; elle me raconta alors

que, depuis deux mois, elle ressentait de temps en temps, principalement la nuit ou dans la station assise, des douleurs lancinantes fugaces. Plus tard le coït devint douloureux, ce qui amena la découverte d'une petite tumeur grosse comme une noisette, siégeant à l'orifice urétral.

Examen local — L'orifice de l'urèthre est normal, un peu au-dessous et à droite de lui je remarquais une tumeur de la grosseur d'une aveline, à surface rugueuse, mamelonnée, bourgeonnante au centre et donnant issue à un liquide ichoreux.

La consistance de cette tumeur était dure, à bords limités par l'urèthre et la paroi supérieure du vagin.

Le doigt introduit dans le vagin, et une sonde métallique placée dans l'urèthre, je pus constater que la tumeur ne dépassait pas la moitié antérieure du canal urétral en embrassant la moitié de sa périphérie.

La miction était facile.

L'utérus, le vagin étaient sains. Les ganglions de l'aîne n'étaient pas engorgés.

Je portai le diagnostic de tumeur cancéreuse et je procédai à son extirpation le 12 avril 1862.

J'ai revu la malade en février 1868, il n'y avait pas de récidence.

OBSERVATION XII. — MELCHIORI (Thèse de SOULLIER).

Maria P..., 52 ans, bonne constitution, menstruée à 16 ans, a eu trois enfants.

La ménopause est arrivée à 48 ans.

Le 17 mai 1886 elle vint me consulter pour de vives brûlures qu'elle ressentait depuis quatre mois autour de l'urèthre.

Depuis un mois le coït était impossible, elle avait de fréquentes envies d'uriner, mais la miction n'était pas douloureuse.

Examen local. — Au niveau du vestibule et au milieu de l'orifice urétral normal existait une tuméfaction épaisse, dure, non ulcérée, bien limitée. adhérente en bas à la paroi supérieure du vagin.

En introduisant une sonde métallique dans l'urèthre et en mettant le doigt dans le vagin, je vis que la tumeur s'étendait en arrière jusqu'au-dessous de l'arcade pubienne.

Le vagin, l'utérus étaient sains.

A l'aîne quelques ganglions engorgés, mais petits et indolents.

Je portai le diagnostic de cancer squirrheux, intéressant le tissu cellulaire du vestibule et contournant l'urèthre dans toute sa longueur.

J'aurais voulu extirper le néoplasme tout entier avec l'urèthre, mais la malade refusa de se soumettre à cette opération. Elle mourut au mois de septembre. La tumeur s'étendait alors jusque derrière la symphyse pubienne et ses branches descendantes, elle avait aussi envahi le col vésical. Les ganglions inguinaux étaient volumineux, durs et douloureux.

OBSERVATION XIII. — MELCHIORI (Thèse de SOULLIER).

Mme X..., âgée de 51 ans, bien constituée, mère de cinq enfants, n'est plus menstruée depuis deux ans.

A partir de cette époque elle éprouve une sensation de piqure à la vulve, qu'elle attribue à l'usage immodéré de la chaufferette. En urinant elle ressent de violentes cuissons. Le coït est insupportable.

Il y a quelque temps, il se produisit des hémorrhagies assez considérables.

La malade a beaucoup maigri et n'a point d'appétit.

Examen local : — Sous le pubis, entre les lèvres, existe une tumeur grosse comme une noix, elle est ulcérée, ses bords sont irréguliers, durs et lardacés.

L'urèthre s'ouvre dans sa partie inférieure, et la muqueuse de son orifice est rongée par places.

La face interne de la nymphé droite, la paroi supérieure du vagin sont envahies par la production néoplasique, qui s'étend jusqu'au niveau du col de la vessie.

Quelques-unes des glandes vaginales étaient rouges et prêtes à s'ulcérer.

Je pensai à un cancroïde, qui s'étendait sur toute la longueur de l'urèthre dans le tissu cellulaire voisin. Dans ce cas encore la maladie avait pris naissance à l'orifice uréthral.

Le traitement palliatif fut seul suivi.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XIV. — MELCHIORI (Thèse de SOULLIER).

Mme B..., 65 ans, faible, a eu dix grossesses. Lorsque je la vis, il y avait trois ans qu'elle éprouvait des douleurs à la vulve. Les premières douleurs avaient été ressenties pendant le coït.

L'examen montrait un épaississement, une certaine dureté sous la muqueuse qui était douloureuse à la pression.

Le mal augmenta peu à peu et on vit surgir une petite tumeur qui s'ulcéra, devint très irritable et occasionna des spasmes violents au moment de la miction.

Depuis lors sa santé s'affaiblit, des hémorrhagies se produisirent à l'occasion du moindre mouvement.

C'est dans cet état que la malade vint me trouver au commencement de mars 1854.

Examen local : — Entre les grandes lèvres on voit une tumeur, charnue, rouge, ulcérée, fongueuse, inégale, saignante, de la grosseur d'une noix et qui siège au pourtour du méat urinaire et sur la paroi vaginale. La miction est normale. L'urèthre permet facilement l'introduction d'une sonde dans la vessie. Le vagin et l'utérus sont intacts.

A l'aide du toucher vaginal et du cathétérisme urétral, on reconnaît que la tumeur s'étend en arrière jusque derrière le pubis et que toute la moitié antérieure du canal de l'urèthre est envahie par le néoplasme. Sa moitié postérieure n'est prise que dans sa portion supérieure jusqu'à la vessie.

Le clitoris, les lèvres sont sains.

A l'aîne droite deux petites tumeurs mobiles.

L'opération eut lieu le 27 mars 1854.

Examen de la tumeur : — La tumeur est riche en vaisseaux, friable, facile à déchirer au centre, mais plus dense à la périphérie où elle avait l'aspect lardacé.

La portion de l'urèthre extirpée mesurait douze lignes. Elle était saine dans toute son étendue, sauf au niveau du méat, où l'on voyait quelques fongosités. La muqueuse uréthrale était normale dans toute l'étendue du canal et même au niveau du méat.

L'examen microscopique permettait d'affirmer la nature cancéreuse de la tumeur.

OBSERVATION XV. — BARDENHEUER (Thèse SOULLIER).

M. X..., âgée de 30 ans, souffrait depuis plus d'un an en urinant. Environ cinq mois après, elle remarqua d'abord l'apparition d'une tumeur au méat urinaire. La malade avait, dit-elle, été opérée plusieurs fois pour cette tumeur. A son entrée à l'hôpital, on remarquait autour du méat urinaire une tumeur ulcérée, grosse comme une noisette ; la surface de cette tumeur s'étendait au loin dans l'intérieur de l'urèthre et dans la paroi vaginale. Le fond de la tumeur était excavé, le pourtour en était dur et infiltré, et en la pressant on faisait sortir de petits morceaux d'épithélium. A l'aîne se trouvait un ganglion en voie de dégénérescence purulente. Croyant qu'on avait affaire à une tumeur syphilitique, on institua un traitement anti-syphilitique qui resta sans résultat.

La tumeur fut grattée avec la curette tranchante, et on constata qu'elle s'étendait jusqu'à la vessie.

La malade mourut 30 jours après son entrée à l'hôpital d'une hydro-néphrose bilatérale. Les deux urètres avaient l'épaisseur d'un petit doigt, le rein droit était atteint de dégénérescence kystique.

OBSERVATION XVI. — WINGKEL (Thèse SOULLIER).

Au mois de juillet 1878 entra à ma clinique une femme brune, âgée de 58 ans, un peu anémique, assez maigre. Elle avait perdu ses parents dans son enfance, de maladie inconnue.

Étant jeune elle a eu la rougeole, et plus tard, à ce qu'elle nous dit, une fièvre nerveuse, puis une maladie de l'estomac. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 19 ans ; ses menstrues ont cessé à l'âge

de 47 ans. Elle a eu 8 accouchements qui ont été laborieux, mais n'ont point sollicité d'opération obstétricale.

Elle a nourri elle-même tous ses enfants. Depuis longtemps déjà des douleurs sacro-lombaires la font souffrir ; ces douleurs ont même augmenté d'intensité dans ces dernières années. Les selles sont quelquefois difficiles et depuis 8 jours elle rend un liquide rougeâtre par les organes génitaux.

Examen de la malade. — Le ventre est plat sans tumeurs, les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés, la vulve, le vagin et l'utérus sont à l'état normal. Le méat urinaire, au contraire, est élargi et présente une ulcération en forme de cratère, avec bords durs et infiltrés ; l'urèthre est épaissi profondément, mais cet épaississement n'atteint pas le sphincter vésical. Les parois de la vessie sont intactes, minces et non douloureuses. Nous diagnostiquons un épithélioma primitif du méat et de la muqueuse uréthrale.

Opération. — Le 19 juillet 1878, sur un cathéter métallique épais qui avait été introduit dans la vessie, j'incisais le canal de l'urèthre en trois portions jusqu'à l'endroit où finissait le néoplasme, je fis en même temps les ligatures. J'enlevais ensuite la tumeur grosse comme une noix, qui se trouvait autour du cathéter et je recouvris la blessure avec la muqueuse uréthrale qui avait été détachée. L'hémorrhagie fut assez considérable ; on fit sept sutures et on plaça cinq ligatures. Le cathéter fut laissé à demeure dans la vessie. La blessure guérit presque par première intention. La malade partit le 12^e jour après l'opération à peu près complètement guérie.

Depuis cette époque elle ne s'est pas représentée à nouveau (1881) ; il y a donc tout lieu de croire qu'elle est prémunie contre la récidive.

Description anatomique de la tumeur. — Coupe faite suivant la direction longitudinale sur la face supérieure. La tumeur extirpée, de la grosseur d'une noix, présentait un canal à parois épaisses de 1 centimètre environ, ce canal avait une longueur d'environ 3 centimètres. La surface interne de ce canal, c'est-à-dire la lumière de l'urèthre, montrait un tissu détruit, sanguinolent, rugueux, friable. A la face inférieure du néoplasme, on remarquait une portion de muqueuse vaginale presque intacte qu'on avait enlevée avec lui.

Sur une coupe verticale pratiquée à travers la tumeur, le D^r Brich-Hirschfeld constata qu'en un point la muqueuse du vagin gris blanchâtre était en voisinage immédiat avec le tissu néoplasique. A la coupe, ce tissu était friable, granuleux, parcouru de petits points blanc-jaunâtre. L'examen microscopique confirma complètement ces données.

Examen microscopique. — Des tractus solides, formés de cellules épithéliales pavimenteuses, étaient séparés les uns des autres par des faisceaux de fibres musculaires. Tout près de l'urèthre commençait une destruction des tractus ; car dans quelques-uns d'entre eux des cavités centrales s'étaient formées. A la surface de l'urèthre, vers l'orifice du méat, sur

le tractus cancroïde détruit, s'était déposé un pigment brunâtre, granuleux et quelques corpuscules sanguins restés rouges. La tumeur était séparée de l'épithélium vaginal par la muqueuse du vagin qui était normale ; seulement, en un point, dans la partie antérieure de l'urèthre, on remarquait une participation de l'épithélium vaginal à la prolifération, parce qu'il envoyait dans la muqueuse de sa partie inférieure des prolongements inter-papillaires. Ces prolongements se bifurquaient en partie et n'étaient séparés des tractus cancéreux voisins que par d'étroites bandelettes de tissu conjonctif.

OBSERVATION XVII. — WINCKEL (Thèse de SOULLIER).

Une femme âgée de 36 ans, dont la mère est morte d'hydropisie, le père d'apoplexie, a encore deux frères qui vivent et sont bien portants. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 21 ans ; elle a accouché facilement six fois d'enfants qui sont encore vivants et a fait en outre trois fausses couches. Deux mois avant son dernier accouchement, un médecin lui a lié, au moyen d'un fil de caoutchouc, une tumeur grosse comme une prune qui régnait aux organes génitaux. Après son dernier accouchement, en mai 1877, il s'est produit un durcissement de l'urèthre qui, jusqu'en janvier 1878, n'a pas porté d'entraves à la miction. Depuis cette époque, la malade a été forcée de se cathétériser, et ce n'est qu'en juin 1878 qu'elle a pu uriner spontanément, non sans ressentir de vives douleurs dans la région lombaire.

Examen. — Cette malade est une brune à l'aspect gras ; les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés ; l'urèthre et le col de la vessie sont indurés, le méat urinaire est segmenté et dilaté. De l'orifice uréthral sort une masse nauséabonde, sanguinolente, brunâtre. A un centimètre en arrière du méat se trouve une fistule uréthro-vaginale. En cathétérisant la malade, nous constatâmes une affection secondaire de la vessie ; aussi avons-nous cru qu'une extirpation de l'urèthre ne nous serait cette fois d'aucune utilité. On se borna donc à faire un traitement symptomatique, consistant en suppositoires calmants dans le rectum. Les forces de la malade lui permirent quelque temps de vaquer à ses occupations ; mais le 12 octobre, les douleurs lombaires ayant augmenté, elle fut reçue à ma clinique. Ne pouvant uriner, on essaya vainement de la sonder ; l'assistant ne put pénétrer dans la vessie, la sonde se trouvant arrêtée par un calcul, mais il put néanmoins diagnostiquer que la vessie n'était pas pleine.

Bientôt on observe 120 pulsations ; la température atteint 39°4 ; un frisson se déclare et dure dix minutes. Le lendemain, la température tombe à 37°4 ; la malade se sent mieux ; ses douleurs ont disparu sous l'influence de la morphine et de la chaleur. Le 14 octobre, on sort de l'urèthre deux calculs et deux autres de la vessie ; ces calculs étaient à peu près de la grosseur d'une cerise.

Le 15 octobre la malade meurt.

AUTOPSIE. — La peau est jaune, la graisse sous-cutanée est disparue, les muscles sont bruns et mous. Dans la cavité pleurale gauche épanchement fibrino-purulent. Les lobes supérieurs des deux poumons sont emphysémateux, les lobes inférieurs congestionnés et comprimés par le diaphragme. Le cœur est en systole, son tissu est dur, d'un rouge brun, sa valvule mitrale est couverte de végétations d'un rouge pâle. A l'ouverture du ventre, il sort, surtout du petit bassin, un liquide mélangé de sang et de pus. La muqueuse péritonéale est épaissie, infiltrée; la séreuse vésicale présente les mêmes altérations. De là l'infiltration purulente se continue jusqu'aux reins. Poids du foie : 2.270 grammes. Il adhère au diaphragme, surtout par son lobe gauche. Poids de la rate : 160 grammes; sa capsule était un peu épaissie.

Les deux reins sont volumineux; les calices rénaux sont considérablement élargis, leur surface est dyschromateuse, couverte de petits foyers hémorragiques et infiltrée de sels phosphatiques; la substance corticale est des deux côtés atteinte de dégénérescence avancée.

Les ganglions rétro-péritonéaux lombaires sont légèrement tuméfiés, mais ne renferment pas de dépôt cancéreux.

La vessie est petite, contractée, de la grosseur d'une pomme; sa surface interne est inégale, piquetée de foyers hémorragiques, couverte de pseudo-membranes d'un gris pâle. Elle contient à sa partie postérieure deux calculs peu adhérents dont l'un était gros comme une cerise et l'autre moitié plus petit. L'urine était trouble et exhalait une odeur forte d'ammoniaque. L'urèthre est couvert d'excroissances sales et sillonnées; sa paroi est fortement infiltrée et cette infiltration s'étend jusqu'à la muqueuse vaginale. A la place du méat urinaire, se trouve une tumeur excavée dont les bords sont infiltrés de dépôts cancéreux; l'excavation de la tumeur atteint une pièce de 2 francs.

Le vagin est large, mou, flasque. L'utérus est moyen, un peu repoussé en arrière.

A la nymphe gauche se trouve un lipome pédiculisé. L'épaisseur de l'urèthre est de 1 centimètre à la paroi supérieure et de 2 centimètres à la paroi inférieure.

OBSERVATION XVIII. PÉAN — (Thèse de SOULLIER).

Mme L. P..., 54 ans, couturière, entre le 26 octobre 1880, salle Ste-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents diabétiques. Variole à deux reprises différentes, dans l'enfance et à 16 ans. Menstruation régulière de 16 à 48 ans. Multipare. En avril 1880, elle commença à éprouver du ténesme vésical. Miction fréquente. Brûlure de l'urèthre au passage de l'urine. Elle constata en même temps la présence d'une tumeur à l'entrée du méat urinaire; cette tumeur acquit bientôt le volume du pouce, elle était indolente à la pression. Le 20 mai ablation de cette

tumeur à la maison Dubois. La plaie chirurgicale ne s'est jamais complètement cicatrisée. Récidive sur place qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel. — Le méat urinaire et l'espace compris entre cet orifice et le vagin sont le siège d'une tumeur ulcérée, végétante, à surface rouge saignante, baignée de pus, d'ichor et de débris épithéliaux. En pratiquant le toucher vaginal, pendant qu'un cathéter est introduit dans l'urèthre, on sent que la cloison uréthro-vaginale est indurée, hypertrophiée, envahie par le tissu morbide dans la moitié de sa hauteur. Le mal ne s'étend pas jusqu'à la vessie. Dysurie depuis deux mois, la malade est obligée de se sonder. On trouve dans l'aîne gauche un ganglion du volume d'une noix, présentant les caractères de l'inflammation aiguë simple; œdème, congestion des téguments. Elévation de la température locale. Diagnostic: épithélioma.

Opération: 30 octobre 1880. — Chloroforme. La malade étant couchée sur notre lit d'opération, dans le décubitus dorsal, le bassin soulevé, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, nous appliquons contre la cloison recto-vaginale une valve de Sims, et sur les parois latérales du vagin, des valves de Récamier. Un cathéter étant maintenu dans l'urèthre pour nous servir de guide, nous faisons avec le thermocautère, sur la cloison uréthro-vaginale, une incision médiane dépassant en haut les limites du mal, remontant par conséquent au delà de la moitié de la profondeur du vagin. Le plancher de l'urèthre étant ainsi ouvert, nous enlevons largement le tissu morbide, à droite et à gauche de notre incision. Nous sommes ainsi obligé d'empiéter sur les parois latérales du vagin. Tous les tissus que nous traversons sont extrêmement durs et notablement hypertrophiés. La paroi supérieure de l'urèthre, refoulée contre le pubis, est aussi malade. Nous la détruisons complètement. L'opération faite aussi largement que possible, nous plaçons une sonde à demeure dans la vessie. Pansement à plat avec des compresses de tarlatane imbibées d'eau légèrement phéniquée. Glace en permanence sur le ventre. Cataplasme sur le ganglion inguinal enflammé. T. s. 37°; P. 80.

31 octobre. — T. m. 37°; T. s. 38°; P. 92. Inappétence. Etat local satisfaisant. Pas de douleurs abdominales. Lavages avec l'eau alcoolisée phéniquée.

1^{er} novembre. — T. m. 37°8; T. s. 38°4; P. 94. Sueurs abondantes la nuit dernière. Sommeil court et agité. Pas d'appétit. Rien d'anormal du côté de l'abdomen.

2. — T. m. 37°2; T. s. 37°8; P. 78. La nuit a été meilleure. La malade a mangé bouillon, potage, œufs. Etat local et général satisfaisant. A partir de ce moment la suppuration s'établit, la température reste normale. On laisse la glace sur le ventre jusqu'au huitième jour. Sous l'action des cataplasmes l'adénite inguinale a disparu. La cicatrisation marche lentement et régulièrement. Elle est assez avancée le

16 décembre pour que la malade puisse se soigner chez elle. La guérison est assurée.

OBSERVATION XIX. — RICHET (Thèse de LAHAYE).

Mme X..., âgée de 64 ans, a toujours joui d'une bonne santé générale ; il y a vingt-quatre ans, elle a présenté un fibrome utérin qui s'est éliminé spontanément sous l'influence de l'ergot de seigle. Depuis dix-huit ans, elle a constaté l'existence d'une leucorrhée peu abondante.

La ménopause est survenue vers l'âge de 50 ans. Il y a cinq ans environ, la malade éprouva des démangeaisons à la vulve et des douleurs à la miction. Depuis six mois ces symptômes se sont notablement aggravés ; pour la première fois, il survint une perte importante qui prit, il y a deux mois environ, les caractères d'une véritable hémorrhagie ; la malade consulta, à diverses reprises, son médecin qui se borna à quelques injections banales.

Lorsqu'elle se présenta pour la première fois à M. Richet, il fut facile de constater un notable rétrécissement dans la vulve dû à une dureté siégeant au niveau du vestibule. Par l'examen direct, M. Richet constata tout autour de l'urèthre, mais surtout à gauche et en haut, une ulcération à bords indurés, saignant au moindre contact et à la surface de laquelle existaient une série de granulations semblant se prolonger sur la muqueuse uréthrale. La palpation de la face inférieure du canal, faite sur une sonde, permit de reconnaître que l'induration ne dépassait pas sur cette face un centimètre et demi. Pas de rétention d'urine.

En présence de ces signes qui permettaient d'affirmer la nature maligne de l'affection, M. le professeur Richet proposa l'extirpation qui fut acceptée par la malade.

Le manuel opératoire fut fort simple. Une sonde métallique fut introduite dans l'urèthre et la partie infiltrée fixée à cette sonde à l'aide d'une pince à griffes. L'extirpation au bistouri fut des plus simples et consista dans l'excision circulaire de toute la partie antérieure du canal ainsi fixé sur la sonde.

Il n'y a eu aucun trouble consécutif, la plaie se cicatrisa rapidement. M. le professeur Richet a revu récemment la malade cinq mois après l'opération. Le jet d'urine est légèrement dévié en arrière, mais il n'existe pas de rétrécissement.

Examen de la tumeur par M. BRAULT. — La tumeur est formée uniquement de boyaux tapissés d'épithélium cylindrique sur plusieurs couches.

Quand on considère une cavité isolément, on voit que l'épithélium est supporté par des végétations papillaires très irrégulières de forme, et de dimensions très différentes. Le tissu conjonctif de ces papilles est presque exclusivement embryonnaire. Tout autour des boyaux épithéliaux, il existe des vaisseaux capillaires extrêmement dilatés, et même dans

la partie profonde de la tumeur, de véritables hémorrhagies interstitielles.

Sur la face libre, la tumeur est exulcérée, et quelques cavités viennent s'ouvrir à la surface.

En présence du tissu conjonctif jeune, d'hémorrhagies interstitielles, de l'irrégularité du revêtement dans les cavités les plus grandes, il y a tout lieu de croire qu'on se trouve en face d'un épithélioma.

OBSERVATION XX. — PICQUÉ (Thèse de SOULLIER).

Mme Joséphine L..., 60 ans, marchande de quatre-saisons, entre le 16 novembre 1887 dans mon service hôpital Laënnec, salle Chassaignac.

Cette malade, mariée à l'âge de 17 ans, a eu deux grossesses sans incident. Pas de troubles de la menstruation. Il y a trois ans elle fut atteinte de prolapsus utérin et porta, depuis lors, une ceinture hypogastrique. Je tiens à faire remarquer, qu'au dire de la malade, ce prolapsus serait survenu progressivement et sans effet préalable.

Il y a dix-huit mois, elle a eu des coliques hépatiques et de l'ictère.

Dans ces derniers temps le prolapsus augmenta davantage ; néanmoins elle put continuer son métier.

Ce n'est que dans ces dernières semaines que les douleurs ont augmenté, en même temps qu'apparaissaient, pour la première fois, des troubles de la miction (fausse incontinence d'urine) qui décidèrent la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — L'état général de la malade ne présente rien de particulier.

Du côté des urines, les mictions sont fréquentes ; la malade urine jusqu'à vingt et trente fois par jour en éprouvant des sensations de brûlures. Ni sucre ni albumine dans les urines. Il n'y a jamais eu d'hématuries.

En examinant la malade, on constate une tuméfaction considérable formée par l'utérus en prolapsus. Le col utérin est situé au pôle antérieur de la tumeur, dont la surface est sillonnée de larges ulcérations transversales.

Entre les petites lèvres, à la partie supéro-antérieure de la tumeur du volume d'une petite noix, d'aspect muriforme, noirâtre sur sa surface libre qui est ulcérée et gangrenée. Cette tumeur est canaliculée ; à son sommet s'ouvre le méat urinaire ; en arrière la tumeur est rattachée au vestibule par une sorte de pédicule rouge et peu induré.

La tumeur en totalité présente une consistance dure. Cette consistance se retrouve aussi au niveau du pédicule rougeâtre, déjà signalé, mais disparaît sur le pourtour du vestibule où s'implante la tumeur.

Le cathétérisme de l'urèthre par le milieu de la surface libre de la tumeur est assez facile. Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire.

Je tiens à dire ici que la malade ne peut nous donner aucun rensei-

gnement sur l'âge probable de la tumeur. Ce que nous savons, c'est que les troubles de la miction sont de date récente.

Le 21 novembre, je pratique sous chloroforme l'ablation de la tumeur au thermocautère, selon le procédé indiqué par M. Richet dans l'observation publiée par Labaye dans sa thèse.

Aucun incident opératoire ne doit être noté.

La malade, revue au bout de trois mois, présentait de l'incontinence d'urine. Pas de trace de récurrence.

OBSERVATION XXI. — *Epithélioma péri-urétral* (Thèse de BERNARD, 1895).

Elisabeth A . ., 50 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service M. Reclus, le 14 novembre 1894.

La malade se plaint d'un écoulement vaginal et de douleurs en urinant.

On constate : 1° un gros fibrome utérin, de la grosseur d'une tête d'adulte, qui ne détermine aucun symptôme ; 2° à l'entrée du vagin une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est développée aux dépens de l'orifice urétral. Sa couleur est blafarde, son aspect mamelonné ; sa consistance dure ; sa mobilité très bornée. Elle s'implante par un large pédicule sur l'orifice vaginal. La tumeur sécrète abondamment du pus à odeur repoussante. On a cherché à préciser les rapports de la tumeur avec l'orifice urétral. Celui-ci se dérobe d'abord aux recherches les plus attentives. On est obligé pour le découvrir, de faire uriner la malade dans la position du spéculum. On voit alors l'urine sourdre par un très petit orifice qui admet une sonde en gomme de 1 millimètre à peine, et qui conduit à la vessie. Il s'agit très probablement de l'orifice urétral rejeté sur le côté droit et dans le sillon d'implantation de la tumeur. Cependant son aspect et ses dimensions sont tellement changés qu'on pourrait penser à une fistule.

On remarque de plus sur la vulve un épaissement de l'épiderme, qui est blanchâtre et ressemble à de la *leucoplasie*, M. Reclus fait exciser une partie de la plaque laiteuse. L'examen histologique fait par M. Pilliet montre qu'il ne s'agit pas de leucoplasie.

L'extirpation de la tumeur ayant été jugée à peu près impossible, et surtout peu profitable, vu ses connexions avec la vessie, la malade sort de l'hôpital le 6 janvier 1895, et n'a pas été revue.

OBSERVATION XXII (personnelle) — Prise dans le service de M. MARCHAND.

M. Caroline, 72 ans, cuisinière ; réglée à 11 ans ; ménopause à 54 ans ; a eu trois enfants ; pas d'antécédents héréditaires. N'a jamais eu aucune maladie sauf une fistule anale il y a trente ans.

La maladie actuelle remonte à trente mois. A cette époque, hémorrhagies que la malade prend pour le retour de ses règles. Ces hémor-

rhagies sont parfois très abondantes et se répètent si fréquemment que la malade est obligée de se garnir continuellement. Elles surviennent à propos du moindre effort et en particulier pendant l'acte de la défécation. Dans l'intervalle écoulement constant, séro-sanguinolent sans odeur. La malade ne ressent qu'un peu de gêne dans la marche et de très vagues douleurs ; elle a des envies d'uriner un peu plus fréquentes.

Au mois d'avril 1894 elle entre à l'hôpital St-Joseph où la tumeur est constatée et grattée à la curette ; pendant six mois les hémorrhagies cessent complètement mais elles reparaissent en octobre dernier et plus abondantes.

Le 22 avril 1895 elle entre à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Marchand.

Examen. — Femme d'un embonpoint encore considérable, mais à chair molle et flasque, à facies jaune, à forces très déprimées. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit comblant la partie antéro-supérieure du vestibule, une masse bourgeonnante, de la grosseur d'une noix, recouverte d'une sanie purulente sans fétidité bien prononcée. A la partie supérieure de la tumeur on distingue l'orifice béant du méat à travers lequel on introduit facilement une sonde jusque dans la vessie. Le néoplasme occupe seulement sa lèvre inférieure et latérale droite.

Au toucher on constate que la tumeur est dure, irrégulière, douloureuse, saignant facilement, mais très limitée. Elle ne s'étend en effet qu'à un centimètre environ en arrière du méat.

L'urèthre est souple dans le reste de sa longueur ; sa paroi supérieure ne semble pas atteinte, mais il existe sur les parois du vagin trois petits bourgeons cancéreux secondaires, l'un situé en un point correspondant à la partie moyenne de l'urèthre, un second sur la paroi vaginale gauche, le troisième à l'union de la paroi droite et de la paroi antérieure. L'examen des ganglions est négatif.

L'utérus est absolument normal.

En somme nous avons affaire à un épithélioma très limité de la partie antérieure de l'urèthre localisé à sa paroi inférieure.

L'état presque cachectique de la malade et l'existence dans le vagin des bourgeons secondaires, font renoncer à l'opération.

4. — Observations des kystes de l'urèthre.

OBSERVATION XXIII. — DELORE, *Société des sciences médicales de Lyon*, 1867-1868.

Cette petite tumeur se présenta à l'observation pendant une application de forceps à la vulve. Elle était fluctuante. Son ablation fut pratiquée avec le bistouri.

À l'incision on la trouva formée d'une poche à l'intérieur de laquelle se trouvait une substance demi-molle analogue à de la matière fécale, mais toutefois sans odeur.

OBSERVATION XXIV. — GARNIER-MOUTON, thèse 1876.

Mme B... 28 ans, petite tumeur au niveau du méat urinaire, située au devant de la colonne antérieure du vagin, s'implantant largement sans pédicule sur la paroi postérieure de l'urèthre avec laquelle elle se continue. Son volume ne dépasse pas celui d'une noisette. Elle se limite nettement sur tout son contour. De consistance dure, elle ne présente pas de fluctuation. Sa couleur est exactement celle de la muqueuse ; elle est rosée et ne tranche pas sur les parties voisines. La surface est lisse et ne présente pas d'orifices.

Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression ; la malade ne s'en est jamais aperçue. Elle se rappelle avoir eu un abcès dans cette région il y a un an mais il lui est impossible d'en préciser le siège. L'incision faite au bistouri par M. Nicaise laisse écouler un liquide épais et noir comme de la terre de Sienne ; de consistance poisseuse, il ne dégage aucune odeur.

Guérison en quelques jours.

OBSERVATION XXV. — Thèse de GARNIER-MOUTON.

Mme X... 41 ans. Kyste du volume d'une noisette dont le siège est le même que dans l'observation précédente.

La malade porte cette tumeur depuis 15 mois ; elle ne cause aucune douleur. Autrefois vers le même endroit il survint deux petits abcès dont l'ouverture avait été spontanée.

La tumeur arrondie, lisse, régulière présente un reflet légèrement bleuâtre.

Ponction au bistouri ; il en sort une matière jaune verdâtre, visqueuse.

OBSERVATION XXVI. — TROQUART, *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1886.

Femme de 45 ans, veuve, d'une bonne santé habituelle ; toujours été bien réglée. Huit grossesses et deux fausses couches, pas de syphilis. Écoulement purulent probablement blennorrhagique il y a 14 ans. Depuis elle a toujours éprouvé quelques douleurs en urinant.

Il y a quatre ans, douleurs vives et rétention d'urine brusque qui l'oblige d'avoir recours au cathétérisme. Déjà à ce moment existence d'un petit bourgeon cautérisé deux fois au nitrate d'argent.

Les douleurs ont toujours persisté depuis cette époque ; envies fréquentes d'uriner à certaines époques.

Examen. — Tumeur du volume d'une noisette environ, de coloration rosée peu différente de celle de la muqueuse voisine, siégeant à l'entrée du canal qu'elle obstrue en grande partie. Elle était rattachée par un large pédicule à toute la moitié inférieure de la circonférence du méat ; son implantation se faisait en outre en arrière sur la muqueuse du canal dans une étendue de près d'un centimètre.

Sa surface presque uniformément arrondie, lisse, sans segmentations prononcées, donnait l'aspect d'un petit champignon à large base, de consistance assez faible, très vasculaire, saignant au moindre contact, elle n'était nullement réductible par la pression.

Le doigt introduit dans le vagin et explorant avec soin sa paroi supérieure ne constatait rien d'anormal en arrière ; mais en avant une légère induration du canal d'autant plus prononcée qu'on se rapproche davantage du méat.

En présence du volume assez considérable de la tumeur, des accidents douloureux et de rétention qu'elle occasionnait, l'opération fut pratiquée sans difficulté.

La malade étant placée dans la position ordinaire pour l'examen au spéculum, je saisis la tumeur avec des pinces et je l'excisais avec des ciseaux courbes ainsi que la muqueuse sur laquelle elle était implantée. Il se produisit une hémorrhagie peu abondante réprimée facilement avec une petite éponge imbibée d'eau froide. Introduisant alors dans l'urèthre un petit écarteur destiné à protéger la paroi supérieure du canal, je portai sur la paroi inférieure une lame de thermocautère et je cautérisai fortement jusqu'à 1 centimètre en arrière.

Huit jours après, la petite plaie était entièrement cicatrisée.

L'examen histologique confié au Dr Arnozan démontra que la tumeur était constituée par l'hypertrophie et la dilatation des glandules de l'urèthre ou en d'autres termes par la transformation kystique de quelques-unes de ces glandules.

Trocart conclut de cette description histologique que la tumeur

appartient au groupe des adénomes tubulés, à cellules cylindriques dont les culs-de-sac glandulaires deviennent si souvent kystiques et dont le type est représenté par les kystes de la muqueuse utérine, désignés sous le nom d'œufs de Naboth.

OBSERVATION XXVII (Résumée). — De BARY, *Arch. für patholog. Anatomie und phy.* Berlin, 1886, CVI, 65)

Anna V..., née le 4 mai 1885 se portait bien depuis sa naissance : quatre sœurs aînées bien portantes.

Dans la nuit du 15 au 17 avril la mère remarqua que l'enfant faisait des efforts comme pour aller à la selle ; en même temps elle remarqua aux organes génitaux externes une tumeur rouge. La douleur devint fréquente et l'enfant urinait avec difficulté. Un médecin attaché à la famille chercha à plusieurs reprises à réduire la tumeur. Dans la soirée du 15 l'enfant fut amené à la clinique.

Examen. — La petite malade est bien développée pour son âge : à l'orifice vulvaire on constate une tumeur molle et fluctuante, de forme ellipsoïde, de trois centimètres de longueur. La tumeur se trouve fixée tout près de l'orifice externe de l'urèthre et s'étend de la paroi postérieure du canal en bas, de façon à couvrir la partie inférieure de l'orifice du méat. Derrière la tumeur le doigt arrive dans le vagin absolument normal, mais un peu repoussé en arrière par l'insertion du néoplasme : on sent bien l'orifice de l'utérus.

La surface du kyste présente l'aspect rouge sang, semble par place un peu macéré, et montre des traces d'ecchymoses provenant de la tentative de réduction.

L'ablation fut faite avec l'écraseur (après avoir attiré la tumeur en dehors).

Le kyste incisé donna issue à un liquide puriforme.

La guérison fut rapide. Au début on sonda l'enfant fréquemment mais bientôt elle put uriner sans difficulté.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs péri-uréthrales chez la femme, quoique rares, constituent néanmoins un chapitre de pathologie des plus intéressants et méritent d'attirer l'attention des observateurs.

II. — Les fibro-myomes de l'urèthre prennent naissance dans la couche musculaire de ce canal et présentent la plus grande analogie avec les fibro-myomes utérins.

Parmi les variétés de sarcomes, celle à petites cellules rondes est la plus fréquemment observée.

Quant au cancer, il revêt ici le plus souvent la forme épithéliale cylindrique ou pavimenteuse.

III. — Le point essentiel dans le traitement des tumeurs bénignes, c'est de ménager les parois de l'urèthre. Au contraire, pour le cancer, il faudra faire l'ablation la plus large possible du néoplasme, avec la réserve de tenter plus tard une opération réparatrice de l'urèthre.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- De Bary.** — Ueber Zwei Falle von Cysten in der wond der Weiblichen Harnröhre. *Archiv. fur pathologische Anat. und Physiolog.*, Berlin, 1886, CVI, p. 65-89.
- Delore.** — Kyste du méat. *Société des sciences méd. de Lyon*, 1867.
- Beigel.** — *Krankheiten des Weiblichen Geschlechtes*, 1875, II, p. 653-655.
- Buttner.** — Ein fall von myom der Weiblichen urethra. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Gynækologie*, Bd XXVIII, p. 122.
- Ehrendorfer.** — Sarkom der Weiblichen urethra. *Centralblatt fur Gynækologie*, Leipzig, 1892, XVI, p. 321-327.
- Englisch.** — Ein Fall von einer Cyste in der Wand der weiblichen Harnröhre. *Wiener Medicin. Presse*, 1881, p. 599 et 634.
- Garnier-Mouton.** — Thèse de Paris, 1876.
- Honing.** — Grosser, fibröser Polyp, ausgehend von der unteren Harnröhrenwand, mit einem Theil die ganze, erweiterte Scheide ausfüllend, mit dem anderen aus der Schamspalte hervorragend. *Berliner klin. Woch.*, 1869, p. 55.
- Johnston.** — Sarcoma of the female urethra. *Maryland Med. Journ.*, Balt., 1888-89, XX, p. 428.
- Lejars.** — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1893-94.
- Rey.** — *Bulletin méd. du Nord*, Lille, 1868, p. 269.
- Rizzoli.** — *Journal de médecine de Bruxelles*, 1875, p. 101.
- Soullier.** — Thèse de Paris, 1889.
- Thiem.** — Sarcome péri-urétral. *Annual of the universal medical sciences*, 1889, II, p. 17. *Centralblatt fur Gynækologie*, 1889, p. 761.
- Tillaux.** — *Annales de Gynécologie*, 1889.
- Troquart.** — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1885-86, p. 237 à 249.
- Winckel.** — Die Krankheiten der weiblichen harnröhre und Blase. *Deutsche Chirurgie*, Liep, LXII, 1885, p. 57.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.— J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
